

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1959

THÈSE

601

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Raymond, Aimé, Joseph BILLAUD**

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Né le 11 Avril 1930, à Grenoble (Isère)

*Présentée et soutenue publiquement le 22 juin 1959*

**LA BOUDERIE**

•

**ESSAI PSYCHOCLINIQUE  
ET PSYCHOPATHOLOGIQUE**

Président : M. DELAY, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1959



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : BILLAUD

Prénoms : RAYMOND, AIMÉ, JOSEPH

Date de soutenance : 22 juin 1959

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

BILLAUD (RAYMOND, AIMÉ, JOSEPH) — La Bouderie. Essai psychoclinique et psychopathologique. — Paris, Imp. R. Foulon, 1959, in-8°, 116 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1959, N° .....).

BILLAUD (RAYMOND, AIMÉ, JOSEPH) — La Bouderie. Essai psychoclinique et psychopathologique. — Paris, Imp. R. Foulon, 1959, in-8°, 116 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1959, N° .....).

BILLAUD (RAYMOND, AIMÉ, JOSEPH) — La Bouderie. Essai psychoclinique et psychopathologique. — Paris, Imp. R. Foulon, 1959, in-8°, 116 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1959, N° .....).

BILLAUD (RAYMOND, AIMÉ, JOSEPH) — La Bouderie. Essai psychoclinique et psychopathologique. — Paris, Imp. R. Foulon, 1959, in-8°, 116 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1959, N° .....).



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1959

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Raymond, Aimé, Joseph BILLAUD**

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Né le 11 Avril 1930, à Grenoble (Isère)

---

*Présentée et soutenue publiquement le 22 juin 1959*

---

**LA BOUDERIE**

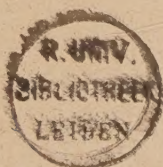
•

**ESSAI PSYCHOCLINIQUE  
ET PSYCHOPATHOLOGIQUE**

---

Président : M. DELAY, Professeur

---



PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1959

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillain (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Lœper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN .. .. . Léon BINET  
Membre de l'Institut

ASSESSEUR .. .. Jean VERNE

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                         |                            |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Anatomie .....                                                          | CORDIER (G.)               |
| Anatomie ( <i>chaire à titre personnel</i> ) .....                      | DELMAS (A.)                |
| Anatomie pathologique .....                                             | DELARUE (J.)               |
| Anesthésiologie .....                                                   | BAUMANN (J.)               |
| Bactériologie .....                                                     | FASQUELLE (R.)             |
| Biochimie médicale .....                                                | JAYLE (M.-F.)              |
| Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports .....           | CHAILLEY-BERT (P.)         |
| Biologie médicale .....                                                 | FAUVERT (R.)               |
| Cancérologie médicale et sociale .....                                  | BERNARD (J.)               |
| Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy) .....                         | REDON (H.)                 |
| Clinique cardiologique (Broussais) .....                                | MOUQUIN (M.)               |
| Cliniques chirurgicales .....                                           | Beaumont .....             |
|                                                                         | Cochin .....               |
|                                                                         | Hôtel-Dieu .....           |
|                                                                         | Saint-Antoine .....        |
|                                                                         | Salpêtrière .....          |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... | SICARD (A.)                |
| Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin) .....        | QUÉNU (J.)                 |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) .....               | MÉNÉGAUX (G.)              |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) .....                 | GOSSET (J.)                |
| Clinique endocrinologique (Pitié) .....                                 | MOULONGUET (P.)            |
| Clinique génétique médicale (Enfants-Malades) .....                     |                            |
| Clinique gynécologique (Broca) .....                                    | FÈVRE (M.)                 |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) .....     | MERLE D'AUBIGNÉ (R.)       |
| Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) .....               | DE GAUDART D'ALLAINES (F.) |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .....               | MATHEY (J.)                |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) .....    | DECOURT (J.)               |
| Clinique des maladies métaboliques (Necker) .....                       | LAMY (M.)                  |
| Clinique des maladies du sang (Broussais) .....                         | FUNCK-BRENTANO (P.)        |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) .....            | DEGOS (R.)                 |
| Cliniques médicales .....                                               | CATHALA (J.)               |
|                                                                         | MOLLARET (P.)              |
|                                                                         | DELAY (J.)                 |
|                                                                         | HAMBURGER (J.)             |
|                                                                         | MARCHAL (G.)               |
|                                                                         | ALAJOUANINE (T.)           |
|                                                                         | Broussais .....            |
|                                                                         | Cochin .....               |
|                                                                         | Hôtel-Dieu .....           |
|                                                                         | Lariboisière .....         |
|                                                                         | Pitié .....                |
|                                                                         | Saint-Antoine .....        |
|                                                                         | DE GENNES (L.)             |
|                                                                         | JUSTIN-BESANÇON (L.)       |
|                                                                         | BARIÉTY (M.)               |
|                                                                         | SOULIÉ (P.)                |
|                                                                         | DREYFUS (G.)               |
|                                                                         | KOURILSKY (R.)             |

|                                                                                                 |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat) . . . . .                 | DEBRAY (C.)                |
| Clinique médicale propédeutique . . . . .                                                       | PASTEUR VALLERY-RADOT (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) . . . . . | DEROT (M.)                 |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) . . . . .                                                   | PETIT-DUTAILLIS (D.)       |
| Cliniques obstétricales . . . . .                                                               | Baudelocque . . . . .      |
|                                                                                                 | Port-Royal . . . . .       |
|                                                                                                 | Tarnier . . . . .          |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) . . . . .                                                 | VARANGOT (J.)              |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . . . . .                                      | RENARD (G.)                |
| Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) . . . . .                                       | AUBRY (M.)                 |
| Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec) . . . . .                                            | MARIE (J.)                 |
| Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière) . . . . .                                        | BERNARD (E.)               |
| Clinique de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) . . . . .                                      | MICHAUX (L.)               |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) . . . . .                                 | LELONG (M.)                |
| Clinique stomatologique (Pitié) . . . . .                                                       | COSTE (F.)                 |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) . . . . .                                       | DECHAUME (M.)              |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) . . . . .                                       | SÈNEQUE (J.)               |
| Clinique urologique (Cochin) . . . . .                                                          | LEMAIRE (A.)               |
| Electrophysiologie médicale ( <i>chaire à titre personnel</i> ) . . . . .                       | FÉY (B.)                   |
| Embryologie . . . . .                                                                           | DJOURNO (A.)               |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                                            | GIROUD (A.)                |
| Histologie . . . . .                                                                            | N...                       |
| Hygiène des collectivités ( <i>chaire à titre personnel</i> ) . . . . .                         | VERNE (J.)                 |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) . . . . .                                | DEPARIS (M.)               |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                                                        | TURPIN (R.)                |
| Médecine du Travail . . . . .                                                                   | JOANNON (P.)               |
| Médecine légale . . . . .                                                                       | DESOILLE (H.)              |
| Parasitologie . . . . .                                                                         | PIÉDELIEVRE (R.)           |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                                               | GALLIARD (H.)              |
| Pathologie exotique . . . . .                                                                   | COUVELAIRE (R.)            |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                                                  | LAVIER (G.)                |
| Pathologie humorale et immunologie expérimentale ( <i>chaire à titre personnel</i> ) . . . . .  | LENÈGRE (J.)               |
| Pathologie médicale . . . . .                                                                   | MERKLEN (F.-P.)            |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                                                 | N...                       |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                                                     | GARCIN (R.)                |
| Physiologie . . . . .                                                                           | CHEYMOL (J.)               |
| Physiologie ( <i>chaire à titre personnel</i> ) . . . . .                                       | BINET (L.)                 |
| Physique médicale . . . . .                                                                     | BARGETON (D.)              |
| Radiologie médicale . . . . .                                                                   | DOGNON (A.)                |
| Technique chirurgicale . . . . .                                                                | DESGREZ (H.)               |
| Thérapeutique . . . . .                                                                         | PATEL (J.)                 |
|                                                                                                 | BROUET (G.)                |

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

## MM.

|                                    |                                                 |
|------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Anatomie . . . . .                 | CABROL (C.)                                     |
|                                    | COUINAUD (C.)                                   |
|                                    | OLIVIER (G.)                                    |
| Anatomie<br>pathologique . . . . . | GAUTHIER-VILLARS<br>(Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> |
|                                    | BUSSER (F.)                                     |
|                                    | GOUYGOU (Ch.)                                   |
|                                    | ORCEL (L.)                                      |
|                                    | PAILLAS (J.)                                    |

## MM.

|                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Anesthésiologie . . . . .       | VOURC'H (G.)                    |
| Bactériologie . . . . .         | NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i>    |
|                                 | BARBIER (P.)                    |
|                                 | CHRISTOL (D.)                   |
|                                 | TOURNIER (P.)                   |
| Biochimie<br>médicale . . . . . | DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i>  |
|                                 | POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i> |
|                                 | SCHAPIRA (G.) <i>m. conf.</i>   |

## MM.

|                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| Biologie<br>médicale . . . .     | BOURLIÈRE (F.) <i>m. conf.</i>  |
| Carcinologie . . .               | DENOIX (P.)                     |
|                                  | MATHE (G.)                      |
| Dermato-<br>Syphiligraphie . .   | DUPERRAT (B.)                   |
| Electro-<br>Radiologie . . .     | LEDOLIX-LEBARD (G.)             |
| Embryologie . . .                | Tuchmann-Duplessis (H.)         |
| Hématologie . . .                | BILSKI-PASQUIER (G.)            |
|                                  | DAUSSET (J.)                    |
| Histologie . . . .               | COUJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i>  |
|                                  | MAROS (M.)                      |
|                                  | RACADOT (J.)                    |
| Hydrologie . . . .               | CORNET (A.)                     |
| Hygiène . . . . .                | BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i>    |
|                                  | CORRE-HURST (Mme L.)            |
| Maladies<br>infectieuses . . .   | BASTIN (R.)                     |
|                                  | DUPONT (V.)                     |
| Médecine<br>légale . . . . .     | DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> |
|                                  | HADENGUE (A.)                   |
|                                  | FOURNIER (E.)                   |
|                                  | GUENIOT (M.)                    |
| Médecine<br>du travail . . . .   | ALBAHARY (C.)                   |
| Neuro-chirurgie . .              | DAVID (M.)                      |
| Neurologie . . . .               | LHERMITTE (F.)                  |
|                                  | GRANJON (A.)                    |
|                                  | HERVET (E.)                     |
|                                  | LE LORIER (G.)                  |
| Obstétrique . . . .              | MORIN (P.)                      |
|                                  | MUSSET (R.)                     |
|                                  | ROBEY (M.)                      |
|                                  | THOYER-ROZAT (J.)               |
| Ophtalmologie . . .              | BRÉGEAT (P.)                    |
|                                  | SARAUX (H.)                     |
| Orthopédie . . . .               | JUDET (R.)                      |
|                                  | RAMADIER (J.)                   |
| Oto-rhino-<br>laryngologie . . . | DEBAIN (J.)                     |
| Parasitologie . . .              | BRUMPT (L.C.) <i>pr. s. ch.</i> |
|                                  | CHABAUD (A.)                    |
|                                  | BARCAT (J.)                     |
|                                  | BINET (J.-P.)                   |
|                                  | CAUCHOIX (J.)                   |
|                                  | CHATELIN (C.-L.)                |
|                                  | DUBOST (Ch.)                    |
|                                  | DUBOST (Cl.)                    |
|                                  | FAUREL (J.)                     |
| Pathologie<br>chirurgicale . . . | FLABEAU (F.)                    |
|                                  | GERMAIN (A.)                    |
|                                  | LAURENCE (G.) <i>agr. per</i>   |
|                                  | LORTAT-JACOB (J.-L.)            |
|                                  | LOYGUE (J.)                     |
|                                  | MERCADIER                       |
|                                  | PERROTIN (J.)                   |
|                                  | ROBERT (H.)                     |
|                                  | THOMERET (G.)                   |

## MM.

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Pathologie<br>exotique . . . . .   | SCHNEIDER (J.)                   |
|                                    | CROSNIER (J.)                    |
| Pathologie<br>expérimentale . . .  | HARTMANN (L.)                    |
|                                    | LÉPER (J.)                       |
|                                    | MAURICE (J.)                     |
|                                    | PLAS (F.)                        |
|                                    | RICHEL (G.)                      |
|                                    | AUSSANNAIRE (M.)                 |
|                                    | BOUR (H.)                        |
|                                    | BOUVIER (J.)                     |
|                                    | BOUVRAIN (Y.)                    |
|                                    | BRICAIRE (H.)                    |
|                                    | BRISAUD (H.)                     |
|                                    | BROCARD (H.)                     |
|                                    | BUGE (A.)                        |
| Pathologie<br>médicale . . . . .   | CASTAIGNE (P.) <i>m. conf.</i>   |
|                                    | CATINAT (J.)                     |
|                                    | CONTAMIN (F.)                    |
|                                    | COURY (C.)                       |
|                                    | FREZAL (J.)                      |
|                                    | HOUSSET (E.)                     |
|                                    | LAROCHE (Cl.)                    |
|                                    | LESOBRE (R.)                     |
|                                    | MACREZ (C.)                      |
|                                    | NICK (J.)                        |
|                                    | PEQUIGNOT (H.) <i>m. conf.</i>   |
|                                    | ROYER (P.)                       |
|                                    | WOLFROMM (R.)                    |
|                                    | JOSEPH (R.)                      |
| Pédiatrie-<br>Puériculture . . .   | MANDE (R.)                       |
|                                    | MOZZICONACCI (P.)                |
|                                    | POLONOVSKI (C.)                  |
|                                    | ROSSIER (A.)                     |
| Pharmacologie . . .                | LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i> |
|                                    | BOISSIER (J.)                    |
|                                    | LECHAT (P.)                      |
| Physiologie . . . .                | PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>    |
|                                    | DEJOURS (P.)                     |
| Physique<br>médicale . . . . .     | GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i>    |
| Pneumo-<br>Phtisiologie . . .      | KREIS (B.)                       |
| Psychiatrie . . . .                | PICHOT (P.)                      |
| Psychiatrie<br>infantile . . . . . | DUCHÉ (D.)                       |
| Rhumatologie . . .                 | DELBARRE (F.)                    |
|                                    | CERNÉA (P.)                      |
| Stomatologie . . .                 | CHAPUT (Mme A.)                  |
|                                    | <i>m. conf. agr.</i>             |
|                                    | GRELLET (M.)                     |
| Thérapeutique . . .                | CHASSAGNE (P.)                   |
|                                    | LAMOTTE (M.)                     |
| Urologie . . . . .                 | QUENU (L.)                       |

### III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

#### A TITRE PERMANENT

|                                | MM.                              |                                      | MM.           |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Clinique<br>chirurgicale . . . | ABOULKER (P.)                    | Clinique neuro-<br>rhumatologique    | DE SÈZE (S.)  |
|                                | AMELINE (A.)                     | Clinique<br>obstétricale . . .       | GRASSET (J.)  |
|                                | HUGUIER (J.)                     |                                      | LEPAGE (F.)   |
|                                | LÉGER (L.)                       |                                      | MAYER (M.)    |
|                                | OLIVIER (C.)                     |                                      | MERGER (R.)   |
|                                | PADOVANI (P.)                    |                                      | RAVINA (J.)   |
|                                | POILLEUX (F.)                    | Clinique<br>ophtalmologique          | DESIGNES (P.) |
|                                | ROUX (M.)                        |                                      | OFFRET (G.)   |
|                                | VERNE (J.-M.)                    | Clinique O.R.L.                      | MADURO (R.)   |
|                                | HAGUENEAU (J.) <i>pr. s. ch.</i> | Clin. pédiatrique<br>et puériculture | LAPLANE (R.)  |
| Clinique<br>médicale . . . .   | BOUDIN (G.)                      | Clinique                             |               |
|                                | CONTE (M.)                       | psychiatrique                        | BARUK (H.)    |
|                                | DOMART (A.)                      | Clinique                             |               |
|                                | MILLIEZ (P.)                     | urologique . . .                     | KUSS (R.)     |
|                                | PERRAULT (M.)                    |                                      |               |
|                                | RAMBERT (P.)                     |                                      |               |
|                                | THIEFFRY (S.)                    |                                      |               |
|                                | TURIAF (J.)                      |                                      |               |

### IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

|                                   |                                            |
|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| Bactériologie . . . . .           | HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>     |
| Biochimie médicale . . . . .      | ETTORI (J.) <i>prof. à titre personnel</i> |
| Pathologie chirurgicale . . . . . | RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>       |

|                                            |                                                         |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Secrétaire général de la Faculté . . . . . | M. LENA (J.)                                            |
| Secrétaires . . . . .                      | Mme BEURLAND (H.),<br>Mlles CHAINTREUIL (G.), HURÉ (A.) |

|                                                                      |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Conservateur, chargé de la direction de la<br>Bibliothèque . . . . . | M. le Docteur HAHN (A.)                                              |
| Conservateurs . . . . .                                              | Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)                                 |
| Bibliothécaires . . . . .                                            | Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.),<br>LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.) |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



## A LA MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE

### A MES PARENTS

*Leur vie de travail, de dévouement et de conscience est pour moi un modèle. Qu'ils soient heureux par ce travail de me voir débiter dans une carrière dont ils ont toujours rêvé.*

*Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma profonde affection.*

### A MA FEMME

*Elle a su m'encourager tout au long de ce travail qui est par là le fruit de notre tendresse et de notre attachement.*

### A MARC ET BRIGITTE

## A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

*Dont les qualités de cœur, la probité et l'esprit d'entreprise resteront pour moi un exemple.*

### A MINA

*Qui m'a toujours accueilli comme un fils.*

### A MA FAMILLE

### A MES AMIS

## A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DELAY

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Mentales  
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Membre de l'Académie Française

Docteur de l'Institut de Psychologie

Officier de la Légion d'Honneur

*Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.*

*Nous l'assurons de notre grande reconnaissance et de notre vive admiration.*

A NOS JUGES

*En respectueux hommages.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. MILLON

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

*Il nous a inspiré le sujet de cette thèse.*

*Pendant nos années d'Internat, nous avons pu apprécier l'étendue de sa connaissance et l'équilibre de son jugement.*

*Il a su développer notre intérêt pour la Psychiatrie et nous a toujours témoigné une amicale bienveillance.*

*Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. JOURDRAN

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. CLERC

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAMEY

Médecins des Hôpitaux Psychiatriques

*Ils nous ont fait bénéficier de leurs conseils éclairés avec une grande bienveillance.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL J. LAFUMA

Médecin des Hôpitaux Militaires

*Nous le remercions de l'intérêt qu'il nous a témoigné lors de notre passage dans le Service de Santé.*

*Nous conservons un excellent souvenir de son enseignement et le prions de trouver ici l'expression de notre grand respect.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. FAU

Professeur à l'Ecole de Médecine de Grenoble

Médecin des Hôpitaux

*Il nous a accueilli avec affabilité dans son service.*

*Nous lui devons en partie notre formation neurologique.*

*Qu'il soit assuré de trouver ici l'expression de toute notre gratitude.*

A NOS MAITRES  
DANS LES HOPITAUX DE LYON

A NOS MAITRES  
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT



# INTRODUCTION

*« Il faut se hâter d'écrire avant de  
connaître les questions, après on n'ose  
plus. »*

André SIEGFRIED

Il peut paraître paradoxal, ou tout au moins inattendu, que nous ayons entrepris cette étude alors que, vivant jour après jour en milieu asilaire, la bouderie aurait dû nous apparaître comme un type de comportement presque normal, donc sans grand intérêt, face aux gros troubles que présentent nos malades quotidiens.

Plusieurs raisons nous ont amené à l'entreprendre, la principale étant l'opposition entre la richesse significative, symptomatique de ce type de comportement alliée à son extension, et la brièveté des études qu'on lui a dédiées ; quelques cas en série, l'éventail bien ouvert de notre matériel d'étude, ont été les raisons secondaires de notre détermination.

Précisons de suite que notre étude, si elle en est partie, débordera rapidement le cadre hospitalier et qu'elle s'appliquera souvent à des cas qui n'ont pas provoqué une quelconque consultation psychologique. Nous envisagerons en effet la bouderie comme type de comportement, dans l'acceptation la plus générale du terme, sans préjuger du cadre de son apparition.

De suite, nous insisterons sur la banalité de ce type de comportement. Qui de nous n'a connu tel ou tel boudeur, n'a souffert de cette attitude chez un de ses proches ? Qui de nous ne s'est laissé dire, dans une longue énumération de qualités « négatives », cette phrase banale : « ... et puis vous savez, il a cette qualité, il n'est pas boudeur ! ». Ne va-t-on pas jusqu'à dire d'un animal familier qu'il boude ? Comme si, en lui attribuant ce type de comportement, nous le rapprochions un peu plus de nous, parce que précisément c'est un comportement banalement mais typiquement humain. Bien plus qui de nous, sans grand effort, est incapable de saisir du dedans cette façon d'être, qui n'a pas eu la tentation, une fois dans sa vie, de réagir ainsi spontanément sans avoir à inventer les modalités de cette manière d'être, parce que cette façon de réagir fait partie de nos acquisitions, de nos automatismes profonds ?

Contrastant avec cette facilité d'appréhension « du dedans », c'est la difficulté relative pour définir brièvement et simplement la bouderie qui va nous retenir maintenant.

Pourtant lorsqu'une étude repose sur un mot, l'essentiel est de bien définir ce mot. Pour cela, l'emploi d'un dictionnaire se trouve d'une utilité irremplaçable. Et, comme le dit avec humour M. GUIBERT, « en France trois dictionnaires sont surtout consultés :

— le « petit Larousse » que l'on va consulter, mais sans l'avouer :

— le « Littré » qui est devenu une référence tellement classique que le fait de ne pas être en accord avec lui est ressenti comme une humiliation ;

— le dictionnaire de l'Académie Française que l'on consulte, dit-on, à propos d'un mot, quand on a des inquiétudes sur l'orthographe ».

Or, pour ce qui est de la bouderie, ces trois dictionnaires, plus le Larousse du <sup>xx</sup> siècle, sont assez décevants, car imprécis ; et nous ne citerons que LITTRÉ pour qui « boudier c'est témoigner par une certaine expression chagrine du visage, et particulièrement des lèvres, qu'on a du mécontentement, de l'humeur ».

Pas beaucoup plus de précisions du côté de l'étymologie. Toujours suivant LITTRÉ, qui cite DIEZ, on doit rapprocher ce mot de l'ancien français *boudine* qui signifie bouton, nombril ; du provençal moderne *bou-enflà*, *boud-ouflà*, *boud-iflà* : gonfler, et *boudougno* : bosse. A cette liste on peut ajouter *boudufe* qui se dit dans l'angoumois pour toupie, chose de forme ronde. Ces formes conduisent au radical « bod » qui est dans le piémontais *fêl bodou* qui signifie avancer la lèvre inférieure, et dans le rouchi *boder* : gonfler ; à rapprocher encore du radical « bod », l'expression bien connue en pays dauphinois : « faire la pote », qui signifie boudier.

S'il y a une racine latine, c'est *bot-ulus* : boudin. Mais il n'y a pas de mot latin pour désigner la bouderie. Le classique CICÉRON dit « esse animo alienato » et on pense bien le traduire en disant boudier. Pour SÉNÈQUE, « morosus » semble désigner le bodeur.

Cette longue digression étymologique nous rappelle au moins que la bouderie est surtout une attitude expressionnelle, mimique, centrée en particulier sur la région buccale qui s'arrondit, s'avance, se gonfle. Et que, dès les sources, il faut rapprocher bouderie et morosité : ce dont nous nous occuperons plus loin.

\* \*

Dans cette étude, nous adopterons la définition plus clinique que donne Th. KAMMERER dans le manuel alphabétique de psychiatrie de A. POROT :

« Forme mineure de l'hostilité, réduite au négativisme conscient et volontaire avec mutisme, moue, refus du regard, neutralité des

traits ; attitude qui est le plus souvent élective pour une personne ou un groupe donné ; considérée comme une rupture délibérée de la sympathie, consécutive à une blessure affective ressentie comme une injustice. »

Cette excellente définition brosse à grands traits le boudeur, tout en résumant parfaitement les mobiles de son comportement.

Dans cet essai, nous commencerons par le décrire plus en détail, ce sera un peu le portrait, le signalement psychologique du boudeur. Puis nous essayerons d'analyser plus finement les mécanismes de ce comportement, ce sera la coupe verticale, en profondeur. Ayant pris comme type de bouderie celle de l'enfance et de l'adolescence, parce qu'elle nous semble la plus pure, la plus fonctionnelle, nous chercherons à définir la bouderie qui survient chez l'adulte et plus tard chez le vieillard, ce sera la coupe horizontale, évolutive parfois. A chaque stade, nous signalerons les déviations possibles de cette bouderie que nous appellerons normale ou réactionnelle ; sera venu alors le moment de faire la synthèse de ces déviations, de définir une bouderie pathologique, morbide, épiphénomène de psychonévroses ou de psychoses évolutives ou porte d'entrée d'états psychopathologiques caractérisés. Un bref aperçu pathogénique puis un essai phénoménologique nous amèneront tout naturellement à envisager les réactions, les attitudes spontanées du milieu ambiant, des tiers envers le boudeur, pour finir par les attitudes dirigées, concertées, pour tout dire thérapeutiques, à de tels états.

---

Première partie

# LA BOUDERIE

## ASPECTS REACTIONNELS

*« La bouderie est l'arme des âmes faibles  
et timides. »*

LA BRUYÈRE

*Dans cette première partie — psychoclinique — nous étudierons la bouderie en tant que comportement réactionnel, c'est-à-dire en tant que mode d'opposition normal, légitime quoique original.*

*Deux chapitres nous permettrons d'envisager successivement les aspects généraux de la réaction boudeuse puis les aspects particuliers suivant l'âge du sujet.*

## CHAPITRE I

### ASPECTS GENERAUX DE LA REACTION BOUDEUSE

---

Ce chapitre I, consacré aux aspects généraux de la réaction boudeuse, nous donnera l'occasion de tracer le portrait type du boudeur, de le cerner à grands traits, avant de démontrer et de mettre à jour ses mécanismes profonds qui déterminent ce mode de comportement original.

#### I. — PORTRAIT PSYCHOLOGIQUE GLOBAL

Retiré dans son coin, la mine renfrognée, l'air sombre, tassé sur lui-même, la tête rentrée dans les épaules, la moue aux lèvres, dans une attitude d'opposition sourde, refusant le regard de face mais suivant tous vos gestes d'un regard latéral ; ou bien prenant un air indifférent, essayant de donner à ses traits une neutralité sans faille, gardant une activité qui se veut non participante avec le milieu ambiant mais autonome, le boudeur, quel qu'en soit le type, se reconnaît dès l'abord.

Si le premier type est celui de l'enfant, le second correspond plus à celui de l'adolescent ou de l'adulte.

D'une manière générale, la bouderie est une phase régressive qui succède à la colère et persiste jusqu'à la reprise d'un contact affectif normal avec l'agresseur. Mais elle peut être aussi une colère larvée, inhibée, un équivalent, le plus souvent en raison des circonstances extérieures, quelques fois à cause du caractère du sujet.

J.-J. ROUSSEAU écrit ainsi :

« Cette affaire avait plus l'air d'une bouderie que d'une rupture. »

De suite il faut mettre en valeur la signification affective de ce type de comportement :

« La blessure affective ressentie comme une injustice, le sujet vexé se réfugie dans la mauvaise humeur, sûr d'avoir la justice pour

lui, mais conscient de l'inutilité ou de l'impossibilité d'une défense rationnelle, il tient à manifester son auto-justification [33] »,

toujours sur le plan affectif, d'où la rupture délibérée de la sympathie avec le sujet ou le groupe agresseur. Et de suite nous prenons conscience du sentiment d'infériorité du boudeur face à l'agresseur, sentiment à la base de l'angoisse et des conduites auto-punitives qui entretiennent cet état de sourde révolte.

Jusqu'ici, c'est le boudeur en général que nous avons en vue ; avant de le caractériser plus complètement, précisons que nous n'aurons plus en vue que l'enfant chez lequel ce genre de réaction nous paraît plus typique.

Chez lui, la personnalité qui se forme et se développe passe continuellement du potentiel à l'acte, expérimentant à tout instant la distinction entre le moi et le non-moi. L'enfant arrive très vite à la limite de ses possibilités et son vouloir heurte celui de l'entourage qui « se pose » face à ses tentatives d'expansion. Vivre, c'est affronter le réel, c'est s'insérer dans la trame d'un monde qui s'oppose naturellement au moi. Toutes les philosophies de l'engagement notent l'antithèse du « Je » et de l'« Autre ». L'homme luttera avec le réel pour le transformer, transformation par le fait même qu'il se pose comme élément de ce réel, et se trouvera modelé par lui ou se fera écraser : il n'est pas au pouvoir de l'être de refuser l'existence, c'est-à-dire le réel.

Réaction d'identification ou d'imitation, réaction d'opposition ou de démission, voilà les quatre modes de réaction de l'enfant vis-à-vis du monde extérieur : la bouderie, sous des aspects de réaction de démission, est en fait une réaction d'opposition, quelquefois de compensation par les rêveries, les fantasmes qu'elle permet, c'est en fait un comportement de transition.

En tant que réaction d'opposition, c'est le type même de l'opposition à bas bruit. Très brièvement, puisque nous y reviendrons, disons que c'est soit par crainte réelle de l'autorité, soit parce que les principes moraux restent forts chez lui, soit par défaut d'activité ou manque d'agressivité que l'enfant, ou l'adolescent, s'abstient d'actes ou de paroles qu'il considère comme dangereux. Il se retire dans son coin et boude de manière plus ou moins ostensible.

« Bouder, a dit ALLENDY, c'est par des moyens insidieux et détournés, essayer d'ennuyer l'adversaire en gagnant par la durée et la répétition ce qu'on ne peut exprimer dans l'intensité [2]. »

En tant que réaction de compensation, c'est grâce aux longues ruminations, aux états de rêverie que permet un tel comportement de

retrait que le jeune amplifie, surestime, aggrave les données traumatisantes, auto-entretenant un esprit d'opposition qui se serait rapidement évanoui ou n'aurait pu supporter de sous-tendre une opposition active, intense dans une brève durée. Quelques fois, la compensation va plus loin : les fantasmes essaient de recréer un monde où le sujet ne se voit plus obligé de se contenter d'un tel comportement : il va pouvoir enfin agir de suite, bousculer l'obstacle, se heurter de plein fouet : nous sommes alors aux limites de la fabulation mythomaniaque.

La bouderie constitue donc bien une transition entre la révolte ouverte et le repli sur soi-même.

C'est un refus de la lutte certes, mais elle ne retranche jamais de l'ambiance ; elle reste une forme de langage destinée aux autres. Les échanges avec l'agresseur, avec le reste du monde ambiant sont permanents, hypertrophiés : le boudeur, du fait de sa position de défense, devient hyper-sensible aux actions et réactions du monde extérieur : elles prennent une résonance telle que leur signification est quelquefois déviée, distorsion qui peut devenir interprétante dans les cas limites.

Ce sont ces échanges toujours existants, toujours réciproques qui opposent formellement bouderie et autisme. Bien d'autres qualités propres à la bouderie, que nous décrirons plus loin, renforceront cette opposition, mais ici elle est fondamentale. Dans l'autisme, le monde extérieur n'est qu'une apparence, un monde sans échange possible : la réalité, le vécu, ce n'est plus que le monde familier des désirs, des angoisses, de la sensibilité et de l'imagination. Au chapitre de la bouderie pathologique, nous reprendrons plus en détail ces rapports et ceci nous amènera à envisager des formes de passage.

La bouderie est le plus souvent élective pour une personne ou pour un groupe donné : ce groupe a alors une personnalité déterminée, structurée par rapport au boudeur grâce à des relations interpersonnelles de même nature ; il comporte la plupart du temps un nombre restreint de sujets. Même à l'intérieur d'un groupement donné, l'attitude boudeuse peut être sélective ; ainsi cette réaction d'ensemble du groupe déterminera notre sujet à bouder un tel, mais à tel autre il s'opposera sous le mode de la colère violente, avec injures, cris, coups peut-être.

Nous disions plus haut que la bouderie est un langage, mais ce langage n'est compréhensible que dans un contexte, il n'a une signification que pour les initiés, c'est-à-dire pour ceux qui ont vécu, créé peut-être, le contexte d'un tel comportement. La bouderie est ainsi par excellence un mode d'opposition intra-familial. À défaut de famille, ce sera le milieu restreint, bien exploré affectivement, servant

de famille, que représentent l'orphelinat, l'internat ou même, dans certains cas, le service hospitalier. Dans leur description « du bourreau domestique », HEUYER et MORGENSTERN mettent ainsi l'accent sur le type boudeur.

S'il est un caractère extrêmement variable de la bouderie, c'est bien sa durée : elle va de quelques heures à plusieurs semaines dans certains cas, rares il faut bien le dire. Il est bien difficile de fixer une limite de durée aux formes que nous appelons réactionnelles ou normales. Assez arbitrairement, nous dirons trois à quatre jours en moyenne.

Il semble que l'on doive toujours s'inquiéter des potentialités évolutives des états de bouderie prolongés, même s'ils gardent tout au long de leur déroulement les caractères tout à fait typiques. Nous reviendrons sur ce point plus loin, lors de notre étude de la bouderie pathologique. Cette durée sera fonction de la résistance du milieu extérieur, de ses réactions ; de toutes façons, du fait du mode économique de son fonctionnement, c'est l'opposition qui sait durer le plus longtemps : « guerre d'usure » pour nous résumer.

A l'intérieur d'une poussée, l'intensité et l'extension des phénomènes varient bien entendu : du mutisme le plus complet, on pourra passer aux réponses par monosyllabes ; de même, dans le groupe, une personne sera boudée, puis tout le groupe parce que le contexte affectif aura changé ou parce que des détails de comportement d'autres membres du groupe auront amené cette extension.

Nous terminerons en signalant ce type de boudeur où le mutisme résume toute l'attitude opposante. Pas de moue, pas de fuite du regard, une participation correcte aux activités du milieu ambiant, avec le sourire quelquefois. Ce comportement ressemble à un jeu. Il peut poser de délicats problèmes, car de suite cette discordance d'attitude, cette bizarrerie laissent perplexe et inquiet.

Ces états limites ont la qualité de nous rappeler le rôle primordial du langage comme moyen de relation inter-personnel, comme facteur d'installation puis d'entretien de la sympathie, puisque la bouderie, type de rupture délibérée de la sympathie, peut se résumer en un mutisme isolé.

## II. — DÉTERMINISME DU COMPORTEMENT BOUDEUR

L'opposition est non seulement inéluctable, mais nécessaire à l'équilibre de la personne, mais ce n'est qu'un mécanisme de défense indif-

férencié. Pourquoi va-t-il se manifester, s'exprimer sous la modalité boudeuse ? Qu'est-ce qui va déterminer ce type de comportement opposant plutôt que tel autre ? C'est à cela que nous voudrions répondre dans cette deuxième partie de chapitre.

Le déterminisme de ce genre de comportement nous semble dépendre et du « sujet » et de l'« objet ». Expliquons-nous :

- du sujet, c'est-à-dire de la personne elle-même avec sa constitution, son terrain, son état physique, ses tendances affectives, son caractère dans son sens le plus général ;
- de l'objet, c'est-à-dire le milieu ambiant avec ses règles de vie, sa morale, sa routine, ses habitudes, ses tabous, ses qualités, sa résistance, bref l'obstacle auquel le sujet se heurte.

Avec LE SENNE [26], LE GALL [25] et l'école caractérologique française, nous adoptons l'assise fondamentale de tout caractère, à savoir : l'émotivité, l'activité et le retentissement ou mode de réaction du sujet aux données intérieures et extérieures qui l'entourent. Ce retentissement sera primaire, c'est-à-dire explosif, vigoureux, instantané mais vite éteint : ou bien secondaire, c'est-à-dire retardé, profond, prolongé.

Le boudeur par excellence est le type de : nerveux émotif, non actif, primaire.

Ainsi chez un tel sujet l'opposition prendra la forme de bouderie, car répondant aux critères de son caractère, ce sera une réaction sporadique, sans profondeur du fait de sa primarité : le conflit ne survivra pas au milieu qui l'a fait naître, un simple changement de circonstance le fera disparaître. La bouderie est la manifestation qui répondra le mieux à son désir de rendre ostentatoire et publique son froissement et son blâme. De tous les opposants, il est le plus content de soi, le plus orgueilleux, la bouderie est pour lui le manteau dans lequel il drape sa dignité froissée.

Loin de nous cependant l'idée que tout boudeur aura ce type caractérologique. Aussi bien il peut être un sentimental émotif, non actif, secondaire : c'est l'introverti, le schizoïde. L'accès boudeur disparu, reste le repli sur soi, la secondarité faisant la fidélité mais aussi la rancune tenace.

De même, le type caractérologique s'accommode de réactions diversifiées ; si la réaction boudeuse est plus fréquente, on pourra cependant voir éclater une réaction agressive, inadaptée au maximum, et d'intensité hors de proportion avec l'accident qui la provoque et avec la façon ordinaire de réagir du sujet. L'entourage, non averti, s'étonne et s'inquiète au plus haut point ; pourtant une analyse objec-

tive aurait montré une charge émotionnelle devenue trop forte ou bien un changement du milieu ambiant qui expliquent qu'un court-circuit, brouillant les modalités réactionnelles habituelles, dictées par le type caractérologique, était inévitable.

Evidemment, tout ceci n'est qu'un schéma, bien d'autres notions seraient à explorer ; celle par exemple de l'étroitesse du champ de conscience, diminuant le faisceau des intérêts du sujet, ou bien celle des « facteurs de tendances » mis en lumière par Gaston BERGER, parmi lesquels on peut retenir ce qu'il appelle la « polarité-mars » qui amène le sujet à chercher le combat pour lui-même, ce sont ces sujets dont on dit « qu'ils boudent par plaisir ».

Enfin, pour terminer cet aperçu caractérologique, il nous faut insister sur l'importance dans la genèse de toute réaction boudeuse de ce qu'on appelle l'« intercaractérologie » : le sujet a pu hériter du caractère de l'un des parents (et la même incompatibilité caractérielle expliquera et opposition de l'enfant et désaccord conjugal). L'entourage réagissant à son tour, les combinaisons, dans cette perspective, se présentent à l'infini.

Chez le « sujet », outre le caractère, sa constitution physique doit être prise en considération. Sans vouloir trop insister sur la typologie organique, somatique, il nous semble cependant qu'en général le boudoir est un leptosome, pour reprendre la classification de KRESTCHMER. Plus classiquement, c'est un hyposthénique. Est-il besoin d'insister en outre sur l'effet de l'état physique, « notre humeur dépend de notre digestion », dit-on ? Sur l'effet des états asthéniques résiduels, après maladies débilitantes par exemple ? L'infériorité, la déficience organique pourront être passagères ou définitives. Une infirmité vraie ou un caractère physique jugé comme tel seront souvent à la base d'états de boudoir, arme du faible et de celui qui se juge faible.

Dernier attribut du sujet à envisager : son niveau mental. Il est évident que la boudoir est un comportement déjà nettement différencié et qu'il n'est pas à la portée de l'idiot ou de l'imbécile profond chez lesquels l'opposition se manifeste d'une façon globale sous forme de comportements moteurs primitifs, pauvres, monotones et stéréotypés. Nous reviendrons plus loin sur les caractères un peu particulier que prend la boudoir dans les états d'arriération plus légers.

Par contre, les individus de niveau supérieur, particulièrement brillants, ne sont pas à l'abri d'un tel type de réaction, tant il est vrai que le monde de l'affectivité, où se meut la boudoir, est indépendant du monde de l'intelligence.

C'est en tous cas un mode de comportement qui ne fait pas honte aux plus grands. Dans une lettre à Catherine de Russie, VOLTAIRE écrit :

« Votre majesté a peut-être cru que je la boudais »,

et dans une autre correspondance, il confie :

« J'ai eu un petit moment de bouderie avec le roi de Prusse, mais l'explication a bientôt tout raccommodé. »

En caractérisant le sujet, nous avons pris conscience au fond du déterminisme interne de la réaction boudeuse. Il nous reste à analyser l'objet, c'est-à-dire le milieu ambiant, animé et inanimé.

Nous disions plus haut que ce milieu doit être bien structuré, avec des intérêts communs à chacun des membres qui le constituent. Les inter-relations affectives y seront nombreuses, s'y recouperont en un réseau serré. Il doit résister, ne pas être trop malléable, mais cependant il pourra plier, se laisser dissocier. Ainsi les milieux où les relations de sympathies sont trop lâches ou inexistantes, tel le milieu de travail dans la plupart des cas, ou certaines collectivités ou associations, seront impropres à révéler une réaction boudeuse. De même pour les milieux qui ne laissent aucune faille, aucun point faible exploitable, tels l'armée, le milieu carcéral et même le milieu scolaire, en dehors de certains internats.

Ce milieu doit être relativement stable et bien connu du sujet qui prendra tout son temps pour l'explorer, le peser. Cette exploration, surtout affective, demande un délai et c'est pourquoi un comportement boudeur ne survient pas de suite après l'arrivée d'un sujet transplanté. Il y a un temps de latence, de maturation, pendant lequel pourront survenir quelques tentatives larvées : le sujet prend ses distances, « tâte » les susceptibilités, les résistances, accorde sa longueur d'onde avec celle du milieu ambiant.

De même, ce milieu est la plupart du temps imposé. Le sujet ne l'a pas choisi ; il le supporte comme un joug et c'est bien le cas pour la famille, l'orphelinat, l'internat. On peut être frappé par le fait que tel enfant opposant à bas bruit dans sa famille et en classe, ici boudeur, là paresseux ou indiscipliné, est au contraire le plus conformiste et obéissant participant à tel groupe de jeunes auquel il a donné son adhésion. Pourtant ce groupe est un réseau d'inter-relations affectives, le sujet l'a exploré à sa guise, tout le destine à voir éclore son comportement opposant. Notre sujet semble cependant avoir perdu toute auto-critique. En fait, c'est souvent une pseudo-opposition par imitation ou projection. On suit l'exemple, les suggestions du chef, du « caïd » ; l'adepte non actif s'est fait un modèle du chef

actif qui incarne pour lui l'opposition telle qu'il la rêve mais n'ose l'appliquer.

Le milieu ambiant, enfin, peut être un exemple à un tel comportement du fait de l'un ou l'autre de ses membres, devenir un terrain de culture par chantage, par mode, quelquefois ce sera une épreuve imposée pour monter dans la hiérarchie, pour faire partie du clan, et ces cas ne sont pas rares dans certains internats et orphelinats pour sujets difficiles.

---

## CHAPITRE II

### ASPECTS PARTICULIERS DE LA REACTION BOUDEUSE SUIVANT L'ÂGE DU SUJET

---

Dans le chapitre précédent, nous avons esquissé un portrait psychologique général du boudeur en ayant en vue particulièrement la période de l'enfance allant de sept à quinze ans environ.

Dans ce deuxième chapitre, nous aimerions compléter ce portrait en décrivant les caractères particuliers que peut prendre la réaction boudeuse chez le très jeune enfant, chez l'adolescent, chez l'adulte et enfin chez le vieillard.

#### I. — PREMIÈRE ENFANCE

Chez l'enfant, il y a deux âges de bouderie : le premier entre trois et quatre ans, au moment où s'établissent la conscience et les relations de sympathie avec autrui ; le second, à la période prépubérale et pubérale où l'affectivité subit une évolution considérable. Mais si ces périodes de l'évolution de l'enfant sont prédestinées à voire éclore la réaction boudeuse du fait de leur dynamisme, de leurs potentialités internes, la bouderie peut, bien entendu, se rencontrer à tous les stades évolutifs, et même avant cet âge critique de trois ans que tous les psychologues s'accordent à considérer comme capital dans l'individualisation de la personnalité et du caractère de l'enfant.

Mais la réaction boudeuse prend alors des caractères très originaux que nous voudrions exposer brièvement ici.

La bouderie étant pour nous une rupture délibérée de la sympathie avec autrui, il faut que tout jeune enfant ait eu la possibilité interne d'établir cette relation de sympathie. Or, si les premières

prises de contact entre le sujet et l'ambiance sont d'ordre affectif, les émotions, ce contact émotif est en réalité

« une sorte de contagion mimétique dont la conséquence est d'abord, non pas la sympathie, mais la participation. Le sujet est tout entier dans son émotion ; il est uni, confondu par elle avec les situations qui y répondent, c'est-à-dire avec l'ambiance humaine, s'aliénant en elles, il est incapable de se saisir lui-même comme distinct de chacune et comme distinct d'autrui. Il est occupé à des jeux de réciprocité et d'alternance, il se porte successivement aux deux pôles, actif et passif d'une même situation » [39 a].

Et ceci est particulièrement vrai jusque vers le dixième mois. C'est ce qu'on a appelé le stade du syncrétisme indifférencié. Et jusque-là, on ne peut pas parler de réaction boudeuse à proprement dit.

Après dix mois tout ceci est encore vrai, mais s'établissent cependant peu à peu des rapports plus différenciés avec le milieu. Apparaissent la jalousie, les réactions coléreuses (PREYER) et les réactions boudeuses. C'est qu'on est parvenu au stade du syncrétisme différencié.

La réaction boudeuse est à cette époque de très brève durée, elle est exclusivement mimique, le langage n'étant pas encore acquis, ce n'est pas un mutisme vrai, mais ce qu'on serait tenté d'appeler un mutisme de relation : l'enfant détourne la tête, ferme les yeux, reste dans le coin de son parc, ne répondant pas aux appels, que ce soit à son nom ou à des mots affectueux. Tout ceci est très bref, car rien n'est plus labile que les possibilités et les velléités d'action de l'enfant à cet âge. Rien ne persiste en lui et il ne sait rien poursuivre.

On ne pourra donc à cette époque, du fait de l'apparition précoce de réaction boudeuse, extrapoler et prédire un caractère de type boudeur,

« les thèmes qui se répètent, qui peuvent donner l'illusion d'une certaine constance, ne sont uniquement qu'un signe de pénurie » [39 a],

l'enfant étant tour à tour dominé par celle de ses fonctions qui est en train de naître et de se révéler.

Si l'on recherche alors les raisons déterminantes à de telles réactions boudeuses chez cet enfant aux environs de la première année, on retrouve non seulement les raisons exposées plus haut, c'est-à-dire en gros les heurts avec l'entourage et les réactions de cet entourage, mais encore, semble-t-il, des motifs propres à cette époque : à savoir une conscience floue, imprécise du manque de compréhension du milieu ambiant à son égard, du fait de ses difficultés d'expression, un refuge,

une façon de « sauver la face » quand il n'a su se faire comprendre. bref, une défense face à un monde qui n'est pas encore à sa mesure.

C'est surtout à cette époque que l'on s'attachera à ne pas confondre réaction boudeuse et ce que H. WALLON a décrit sous le nom de « réaction de prestance » [39 a]. Cette réaction, présente chez le nourrisson, peut persister en effet longtemps. Elle est en rapport avec l'éveil d'attitudes à l'approche ou à la présence d'autrui.

« Les réactions à la présence, soit indigence de l'action, soit tendance au spasme, comme c'est fréquemment le cas, aussi bien chez l'arriéré que chez le petit enfant, traduisent très vite, et souvent d'emblée, l'excès de l'excitation sur le mouvement. Aussitôt regardés, certains idiots poussent des hurlements ou se réfugient dans des attitudes de défense et de retrait qui simulent la bouderie. Cette attitude pourra se résoudre par la fuite ou au contraire en caresses et gestes propriatoires au contact de l'étranger » [39 a].

Chez l'enfant, il en est de même, véritable intolérance angoissée à la présence d'autrui.

Peu à peu, entre un et deux ans, la marche, la parole donnent à l'enfant mille occasions de diversifier ses rapports avec le milieu. Les propos qui s'échangent viennent à lui, partent de lui, s'adressent à d'autres et le sentiment constant de sa propre présence contraste avec la variabilité des interlocuteurs. Et c'est un luxuriant et rapide épanouissement de la sympathie. Période où le sentiment de jalousie est d'abord uniforme : jalousie de situation, intra-familiale, d'analogie de situation, l'enfant ne sait exposer sa volonté de substitution à l'objet qu'il jalouse que par des cris, des pleurs et de l'agitation.

« Puis la jalousie prend des formes et des motifs qui répondent aux progrès de l'âge et alors au lieu de chercher à se substituer, l'enfant se renfrogne et boude. Dans le conflit entre la contemplation et le désir d'action, c'est l'action qui va être inhibée, refoulée, donnant lieu à l'angoisse. Entre la réalité active et la rumination douloureuse, c'est la rumination qui l'emporte. Le succès d'autrui est confondu avec sa propre substance, l'enfant se sent dépossédé, comme d'une partie de lui-même, persistance, confusion entre soi et autrui que la rivalité n'arrive pas à dissoudre » [39 a].

Brusquement, vers trois ans, ce confusionnisme cesse et la personne de l'enfant entre dans une période où son besoin d'affirmer, de conquérir son autonomie va le jeter dans une série de conflits. C'est le plus souvent une opposition négative sans autre motif que d'éprouver sa propre indépendance. Le seul enjeu est la victoire : vaincu, il ressent une diminution douloureuse ; vainqueur, une exaltation s'ins-

talle. Cette crise est nécessaire. C'est la première période féconde en réactions boudeuses que nous citons au début de ce chapitre.

Avant de quitter cette période, nous voudrions envisager un cas un peu particulier de bouderie : cas où cette réaction survient entre deux jeunes enfants d'âge à peu près identique. A ce sujet, rappelons les travaux de Mme C. BUHLER [8]. Il semble que la relation de sympathie puisse s'établir beaucoup plus rapidement que lors de contact avec les adultes. Et que la réaction boudeuse, rupture de cette sympathie, soit surtout une réaction de défense envers un partenaire despote, aîné le plus souvent, quelquefois exubérant, parfois à égalité d'âge, parce que la fille domine le garçon.

## II. — PUBERTÉ ET ADOLESCENCE

La deuxième période féconde en réactions boudeuses est, disions-nous plus haut, la période pubérale et prépubérale, soit entre dix et douze ans chez la fille et entre douze et quatorze ans chez le garçon. C'est la période qui fait le passage entre l'enfance proprement dite et l'adolescence.

Pendant plusieurs années, l'enfant s'était familiarisé avec les combinaisons les plus diverses du milieu ambiant, il avait complété sa connaissance des choses avec leurs emplois et leurs propriétés quand survient la puberté, mouvement biophysique, qui rompt son équilibre et son adaptation. La crise qui en résulte, plus que comparable à celle des trois ans, lui est symétrique.

Elle débute aussi par de l'opposition, mais qui vise moins les personnes qu'à travers elles des habitudes de vie tellement coutumières, des relations tellement invétérées que l'enfant ne semblait pas jusque là s'aviser de leur existence. C'est « l'âge ingrat ». Des questions d'ordre sexuel, l'apparition des règles chez la fille, une incompréhension ou un refus du milieu ambiant à la réalité de ces problèmes ajoutent encore à l'idée du sujet qui se croit incompris, rejeté, et l'amènent à cette opposition sourde qu'est la bouderie, réaction survenant pour des futilités, des détails sans rapport avec les raisons profondes d'un tel comportement.

Ces accès de bouderie surviennent dans un contexte bien spécial, fait de modifications de l'humeur avec tristesse anormale, nervosité, accès de larmes ; ce sont les « états de langueur » des anciens auteurs. On note souvent une tendance à l'isolement et au repli, avec aspirations vagues, élans mystiques, explosions sentimentales inattendues. D'autres fois, ce sont des caprices, des exigences, une timidité, une

pudeur excessives avec troubles vasomoteurs, rougeurs soudaines de la face et même véritable éreutophobie.

Ces états peuvent se prolonger pendant toute la période de l'adolescence proprement dite. Pendant cette période, le sujet redécouvre son « moi », le contemple dans des élans narcissiques. La bouderie permet ces élans, c'est peut-être à cette époque qu'elle est le plus teintée de rêveries, de fantasmes. La révolte gronde contre tout ce qui est admis autour de l'adolescent : famille, école, religion, société. C'est ce que DEBESSE a appelé « la crise d'originalité juvénile » [11]. Les rêveries, les fantasmes alimentent cette révolte qui, elle-même, provoque les réactions du milieu. Ainsi une véritable réaction en chaîne auto-entretient ces états de bouderie.

Ces états peuvent apparaître à cette époque seulement de la vie et ne plus se produire, témoins éphémères d'une période transitoirement et évolutivement difficile. S'ils se sont par contre déjà produits pendant l'enfance elle-même, ils sont persévérance d'un mécanisme d'opposition, juxtaposition d'un type de comportement de l'enfance à côté des moyens d'expression, de lutte nouveaux, développés à cette époque, mais que le sujet ne sait encore mettre correctement et efficacement en œuvre. Ainsi, en présence d'une réaction boudeuse à cette époque, on ne peut encore parler de régression dans la mesure où à une telle période transitoire, et du fait de ses difficultés intrinsèques, évolutives, il y a plus persistance d'automatismes de comportement réactionnel que retour à un stade évolutif antérieur, avec reviviscence de ses façons de réagir.

Si des différences dans les modalités d'apparition, d'expression et d'évolution de la bouderie suivant le sexe sont imperceptibles durant la première enfance, si elles commencent à se faire sentir plus tard, elles deviennent notables à la période de l'adolescence qui marque, par l'apparition et le rodage des fonctions sexuelles, le début de la période où le sujet va assumer totalement le destin de son sexe.

En effet, l'appartenance à tel sexe va dicter en grande partie les thèmes d'opposition dans le milieu ambiant, sélectionner les protagonistes, permettre ou rendre difficile l'évasion de ce milieu et, par là, non seulement influencer sur la durée d'évolution des états de bouderie, mais encore jouer un rôle primordial dans leur fréquence d'apparition. En tant que mode d'opposition à bas bruit, la bouderie peut cependant se jouer en variant l'intensité : chez l'adolescent, ce sera avec une sourdine légère permettant souvent des éclats, espèces de coups de bélier tâtant la résistance résiduelle ; chez l'adolescente, au contraire, rien de tel ; la bouderie sera souvent le moyen de gagner du temps à moindre frais, et de reprendre sur le plan sentimental et spéculatif pur ce qu'elle a perdu sur le plan pragmatique.

### III. — AGE ADULTE

Chez l'adulte, dont nous aborderons ici l'étude de la réaction boudeuse, les différences dues au sexe sont telles que nous étudierons cette réaction chez l'homme d'une part, chez la femme d'autre part.

Disons tout d'abord que la bouderie est, incontestablement, beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Et que, pour nous, elle a la valeur d'une régression à un mode de comportement de l'enfance.

Cependant, comme le disait Madame GUIZOT,

« les femmes boudent aussi bien que les enfants, mais non pas comme les enfants ».

Nous verrons plus loin pourquoi.

De toutes façons, pour chaque mode particulier d'apparition de ce comportement, nous essayerons de donner les raisons qui nous le font qualifier de « régressif ».

Chez l'homme, cela nous sera facile, et le bon sens nous aide quand, par intuition, il nous fait dire d'un tel « qu'il boude comme un gosse ». Notre tâche sera facilitée encore si nous envisageons l'attitude boudeuse, d'une part chez le célibataire, chez l'homme ayant fondé un foyer d'autre part.

Dans notre organisation sociale occidentale, fondée sur le patriarcat, l'homme marié est appelé à assumer un rôle de chef et, par là, à avoir les modalités d'action et de réaction à l'intérieur du milieu conjugal, puis familial, qu'il a créé. Il est l'autorité dans un milieu qu'il a choisi, en principe donc, la bouderie, réaction du faible dans un milieu imposé, ne devrait survenir. Si elle survient, c'est qu'à un moment son autorité aura fléchi, qu'il devra supporter un milieu qui s'est transformé dans un sens qu'il n'a pas choisi, à moins qu'il n'ait jamais assumé, autrement qu'en titre, son rôle de mari ou de père. Ici, ce sera de fréquentes ou longues absences qui le gêneront et laisseront à l'épouse la responsabilité, et par là, l'autorité totale ; ou bien ce sera l'entente dirigée contre le père de la mère et de la grande fille ; là ce seront des conditions matérielles, et de logement en particulier, qui empêcheront le nouveau ménage d'avoir son autonomie, et les ententes cachées ou ouvertes épouse - belle-mère sont trop classiques pour y insister. A moins que dans l'épouse, le mari n'ait chercher en fait que l'image de sa mère, comme à elle il lui laissera l'autorité et comme à elle il s'opposera en boudant. Ainsi chaque fois notre homme adulte retournera à des conditions qui rappellent celles

de l'enfant dans son univers familial, il régressera et son comportement, la bouderie, sera régressif. Le dernier exemple, cité plus haut, est caricatural.

Le célibataire est encore plus exposé à ce genre de réaction. Soit que son célibat, soit une enfance prolongée, et les heurts entre mère et fils se font alors bien souvent sous ce mode (à moins que ce soit avec une sœur, elle aussi « vieille fille », ou avec une gouvernante), soit que son célibat lui soit imposé par une règle religieuse. A l'intérieur des communautés religieuses, ces états de bouderie prolongée ne sont pas rares en effet, aggravés par des ruminations à base d'auto-accusation ou de remords. Ils sont prolongés du fait des positions des protagonistes qui sont de même niveau : la réaction d'opposition se faisant sous la modalité boudeuse non pas tant à cause de la force de l'autre, mais surtout à cause de l'autorité morale qui baigne ce genre de vie communautaire et qui ne permet pas les « éclats ». Du fait aussi du peu d'apport d'éléments extérieurs, pouvant être des arguments à la liquidation de tels états, dans les communautés fermées.

Pour terminer, nous voudrions rapidement citer quelques milieux particuliers où la vie en célibataire n'empêche pas que se créent des liens affectifs puissants ou des sympathies basées sur des attraits, des intérêts ou des dangers communs : communautés d'artistes, par exemple, ou bien bandes de malfaiteurs, amitiés particulières, homosexuelles ou autres, camps de prisonniers. Là encore, c'est le faible qui boude le fort et il y a régression, volontaire ou imposée, à un stade infantile.

Chez la femme mariée, la bouderie est un mode de réaction à multiples significations. Ce peut être d'abord, et banalement, une façon de s'opposer à un mari tyran ; ou bien une sourdine, car la présence des enfants ou d'un parent ne permet pas une réaction d'éclat ; ce peut être aussi le résultat d'une jalousie inavouée. Inavouée parce que l'épouse n'a pas de raison valable d'être jalouse et qu'elle redoute de paraître ridicule en posant des questions directes. Mode de réaction interrogatif qui provoque, le plus souvent, des questions de la part du mari, questions qui deviendront bien vite des explications résolutives de ces états de bouderie.

La bouderie, enfin, peut être une forme de séduction, arme de plus à l'arsenal féminin, jeu dont aucun des partenaires n'est dupe, qui peut donner à certaines de nos compagnes un attrait de plus.

Est-il besoin d'écouter A. CHENIER pour s'en convaincre :

« Plus que jamais il t'aime,

C'est ton tour maintenant de le bouder lui-même... »

E. PRADEL, plus direct encore, écrit :

« On trouve je ne sais quel charme à boudier la personne que l'on aime. »

Et nous ne résistons pas au plaisir de citer, presque en entier, un poème de P. GÉRALDY :

« Ce n'est pas juste enfin ! Moi je suis trop sensible.  
Quand tu m'as fait du mal, je tente bien parfois  
De te le rendre. Mais ça n'est jamais possible !

Je souffre toujours plus que toi.  
Toi, tu sais supporter les longues bouderies,  
Les regards durs et les silences obstinés...

... ..  
Tu sais à présent ma faiblesse :

Tu vas peut-être en profiter... »

(Défaite dans « TOI et MOI. »)

Chez la femme qui est restée célibataire, tout ce que nous disions plus haut à propos de l'homme célibataire est valable à quelques nuances près, qu'on nous pardonnera de ne pas développer ici.

Enfin, nous voudrions rappeler l'importance primordiale du cycle menstruel et en général des grandes périodes de la vie génitale de la femme (grossesse, allaitement, ménopause) dans le déterminisme des réactions de type boudeur. La « mauvaise humeur » qui précède des règles est assez connue pour que nous n'insistions pas.

Ainsi chez l'adulte, à quelques exceptions près, la bouderie est bien une régression.

Pour terminer, nous voudrions ajouter encore deux modalités de cette réaction particulières à cette période de la vie.

La première, c'est que la longue durée d'évolution de ces états n'est pas rare, chez l'homme en particulier. Mais c'est à cette période que cette longueur a la signification la moins préoccupante. On cite le cas de Maurice MEATREUX (biographie de Georgette LEBLANC) qui pouvait s'enfermer dans son mutisme pendant plusieurs mois pour une contrariété futile et il maintenait tellement son attitude qu'il préférerait gâcher des affaires importantes que de rompre son silence.

La deuxième modalité un peu particulière est le mode partiel que peut prendre la réaction boudeuse chez l'adulte : du fait d'une meilleure connaissance de ses possibilités, de ses mécanismes internes, d'une meilleure maîtrise de ses réactions que l'enfant, l'adulte pourra

être muet sur tel sujet, ne pas entreprendre ou ne plus continuer telle œuvre sans que le reste de son comportement soit bouleversé. Saint-Simon signale par exemple dans ses Mémoires que « le maréchal d'Huxelles boudait de honte et ne sortait de chez lui que pour le Conseil, depuis son aventure du Traité d'Angleterre ».

#### IV. — LA SÉNESCENCE

Il ne nous reste plus maintenant qu'à envisager la bouderie au moment où s'installe la sénescence, c'est-à-dire à cette période de la vie où l'homme biologiquement involue tout en conservant les attributs d'une santé normale, qu'elle soit physique ou morale.

Cette involution à des aspects positifs : le sujet moins dispersé, libéré en particulier des complications hétéro-sexuelles, peut s'investir dans les œuvres pures de l'intelligence et, en particulier, s'orienter dans le sens des fonctions de synthèse, de rationalisation ; le sujet voit de haut et de loin, il accède à ce qu'on a appelé « l'état de sagesse ».

Mais il y a un aspect négatif, souvent confondu avec l'involution pré-sénile que nous envisagerons plus loin : il se résume, suivant DUBLINEAU [33], en une baisse simultanée du tonus des moyens d'investissement (fonction d'affirmation et d'adaptation) et des moyens de transport : le régime des « sources d'énergie » s'infléchit, les tendances à la conservation sont moins impérieuses et plus économiques, les seuils d'acuité sensitivo-sensorielle s'élèvent et favorisent l'isolement, la sédentarité, l'auto-tropisme des intérêts ; alors que les potentiels d'activité extérieure sont limités par les possibilités vasculaires.

\* \*

C'est dans un tel contexte, qui les prépare, les favorise en quelque sorte, qu'apparaissent les réactions de bouderie.

Disons de suite que la conscience de cette involution est moins bien supportée par l'homme que par la femme, peut-être parce que ses conséquences sont plus perceptibles sur le plan social et que la baisse d'autorité qui en résulte est plus sensible à celui qui incarnait cette autorité, dans le milieu familial en particulier. De ce fait, la bouderie, opposition récriminante, refus d'une rétrocession dans la hiérarchie sociale ou familiale, sera, à cette époque de la vie, au contraire de la période de maturité, au moins aussi fréquente chez l'homme que chez la femme.

De même s'estompent les différences dues au sexe dans les modalités d'apparition, d'évolution ou d'expression des réactions boudeuses à l'âge de la sénescence.

Analogie avec la période de l'enfance que nous retrouvons encore dans cette similitude d'attitude qui fait que, comme l'enfant, le vieillard va boudier parce qu'il se sent incompris, délaissé, non à l'unisson avec un monde qui n'est plus à sa mesure.

Et ici nous voudrions insister sur l'angoisse profonde qui saisit l'homme vieillissant. Ce n'est plus l'angoisse devant un monde que l'on n'a pas encore mesuré, heurté, vécu, c'est l'angoisse devant l'inconnu, le néant, ou un monde qui, de toutes façons, ne sera pas à la portée d'un vécu humain. Cette angoisse est ce qui donne la portée, l'envergure des dernières années d'une vie à laquelle manque la dimension de l'espoir.

Et cependant, au dehors, le vieillard se heurte à la routine de la vie de chaque jour. Il essaye de se détacher de ce monde, et ce sera encore une façon de le faire que de boudier, car cette attitude de retrait lui permet, tout en l'isolant, de mieux penser à son « problème » : c'est-à-dire faire le point, pour celui qui a eu le bonheur d'accéder à une vie spirituelle, spéculative ; ruminer, ressasser les occasions perdues, pour celui qui n'a pas su, ou n'a pas pu, élargir ainsi son champ de conscience. Ainsi aux rêveries et fantasmes de l'enfance et de l'adolescence auront succédé ces remémorations ou ruminations de l'âge involutif.

Boudier à cet âge, ce sera encore protester contre ce qu'on appelle « l'ingratitude des siens ». Par contre, une trop grande sollicitude de l'entourage sera interprétée comme une mise à l'écart, pour ne pas dire « au rencart », et entretiendra les auto-jugements péjoratifs.

Si ces réactions boudeuses se produisent déjà alors que le couple est encore au complet, avec des liens qu'ont fortifiés des années de vie commune et qui « amortissent » en quelque sorte les cahots d'une période si délicate, ces réactions seront d'autant plus fréquentes lorsque surviendra la rupture de liens affectifs irremplaçables et que l'isolement au milieu des générations montantes sera, de ce fait, hypertrophié. « L'art d'être grand-père » n'est pas si facile.

Est-il besoin, pour terminer, de rappeler que boudier à cet âge est encore une attitude régressive : la cessation de l'activité, la dévalorisation sociale, les atteintes de la sécurité morale et matérielle, la rupture des liens affectifs ont, peu à peu, dépouillé l'homme vieillissant de ses attributs d'autorité. Dans un milieu qui, peu à peu, le tolère sinon le rejette, il ne va plus avoir à sa portée que des réactions de faible, la bouderie en sera une.

Nous voudrions terminer ce chapitre, où nous avons envisagé les principaux âges de la bouderie, par une constatation paradoxale et pourtant souvent vérifiable ; c'est chez ces sujets boudeurs impénitents de l'enfance et de l'âge mûr, la cessation totale et assez brutale de telles réactions à l'approche et au cours de la sénescence. Comme si, chez eux, le potentiel agressif s'était totalement épuisé, ne permettant même plus une réaction aussi peu énergétique que la bouderie.

---



Deuxième partie

LA BOUDERIE

ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES

*« La bouderie morbide est une stéréotypie psychique. »*

MINKOWSKI

*A côté d'une bouderie réactionnelle, normale, dont nous avons envisagé successivement l'aspect général, le déterminisme puis les aspects particuliers propres à certaines époques de la vie, il existe une bouderie pathologique qui va faire l'objet de la deuxième partie de notre travail.*

*Ce peut être soit un type de comportement morbide et isolé, évoluant pour lui-même avec des modalités propres qui le distinguent de la bouderie réactionnelle, et que nous définirons dans le chapitre I ; soit un comportement intégré et participant au début ou à la période d'état de psychoses ou psychonévroses évolutives, ce sera l'objet du chapitre II ; soit enfin un comportement qui va prendre une coloration un peu spéciale à cause de l'état d'arriération intellectuelle sous-jacent, ce sera l'objet de nos développements du chapitre III.*

## CHAPITRE 1

### LA BOUDERIE COMME TYPE DE COMPORTEMENT MORBIDE ET ISOLÉ

---

En voulant caractériser et isoler ce type de comportement morbide, nous ne mésestimons pas les difficultés que nous allons rencontrer.

Elles tiennent au fait qu'on est forcément tenté, devant une réaction boudeuse — même si après un examen soigné et détaillé on s'aperçoit qu'elle a des caractères atypiques — et en l'absence, le plus souvent, de données évolutives sur une longue période, on est tenté donc, sinon de la croire réactionnelle, tout au plus de faire des réserves sur l'avenir mental du sujet, pressentant l'éclosion plus ou moins proche d'un état psychopathologique bien caractérisé (une telle éventualité fera d'ailleurs l'objet de la deuxième partie de ce chapitre).

Pourtant il existe un type de bouderie morbide, évoluant pour lui-même durant toute une vie, sans jamais être le prodrome à un état psychopathologique déterminé. Ce type de comportement morbide, s'il repose sur un fonds mental subnormal, reste cependant le trouble majeur, le seul souvent mis en évidence.

Il mérite de ce fait d'être isolé dans une étude psychopathologique et va faire l'objet de ce premier chapitre.

\* \*

Pour caractériser cette bouderie, nous commencerons par l'opposer au type que nous avons appelé réactionnel et normal.

La longue durée de ces états frappe dès l'abord, mais c'est plus une condition nécessaire que suffisante. Plus que cette longue durée, c'est surtout la rémission incomplète de ces états qui attire l'attention : à une période de bouderie franche et totale succède une période interminable, où le sujet reste morose, sournois, réticent si on essaye

de le traquer dans ses retournements. « Il ne boude plus, tout en bouillant ». Plus que de la rancune, c'est une incapacité à établir des liens de sympathie, d'amour et d'attachement avec le milieu ambiant. Ces périodes peuvent d'autant plus durer que le sujet en est peu conscient et que le milieu où il vit est moins sensible à un tel comportement. Tous deux s'amendent jusqu'à la survenue d'un nouvel épisode. À moins que — et c'est fréquent — les accès de bouderie lancent surprenamment sur ce fond de sympathie poignante et résignée qui devient chronique.

Ce qui frappe encore, c'est la susceptibilité de ces sujets. L'abus même du seul de leur réaction boudeuse. Pourtant, on sent que ce n'est pas un comportement ludique ou l'œuvre conscientielle. On est saisi d'une sensation de malaise devant cette ingérence, ce recours, pour une banalité, à ce mode de retrait opposant, quand on n'est pas obligé de le déclarer amovible.

Les caractéristiques mêmes de ces accès de bouderie morbide sont frappantes. L'absence d'impulsion du syndrome expressif, le sujet se ferme dans une gâche et pourra y demeurer des semaines ou bien il quitte le domicile familial, par exemple. Pendant ces périodes, il se désintéresse totalement de ses affaires, quitte à les laisser pendre. Il ne donne aucune limite, semble-t-il, aux conséquences de son comportement qui devient son seul but. Les circonstances extérieures elles-mêmes indépendantes de sa volonté, ne le touchent pas. Une crise trahit une grave maladie, le décès d'un être proche, toutes occasions à l'arrêt d'un accès réactionnel le laissent indifférent et même dans sa façon d'être.

Il ne semble pas que ce type de bouderie apparaisse plus tôt que le type réactionnel. En général, les premiers accès surprennent au cours de la seconde enfance ou à la puberté. Ils se développent durant toute la vie du sujet, atteignant leur paroxysme à l'âge adulte. période où le trouble du comportement est le plus apparent en fait des incidences sociales. De mode d'expression strictement intra-familial, il débouche en effet, par ses conséquences non fautes, sur le sujet lui-même, sur son milieu de travail et, en général, sur l'adaptation sociale dans l'ensemble.

C'est là que nous voudrions insister sur la malignité du sous-tout nombre de ces cas. Ce besoin insistent à produire chez ses semblables de la souffrance morale trouve son accomplissement dans ces bouderies morbides. La malignité est encore une arme du faible et son alliance à la bouderie n'est pas rare. Mais cette alliance conduit à un véritable « narcissisme », en particulier dans certaines situations familiales. À ce propos, nous citerons à nouveau le *bourreau domestique* raconté par Harlow et Mowdrowsky.

La sénescence « antérieure » aux ces états dans la plupart des cas. Bien au contraire, elle exagère leur malignité en augmentant la mélanche de ces idées ou leurs idées de préjudices moraux.

Mais tout au long de leur évolution, ces états de bouderie sont extravagants et disproportionnés au rôle qu'ils ont à jouer. Ils ne s'accompagnent pas de signes de désorganisation mentale ou de symptômes qui, par leur association, suggèrent un état psychopathologique aisé à les passer au second plan leur « agénésie ». En particulier jamais ils ne s'apparentent à l'autisme vrai, il n'y a pas « rétro-formation » d'un monde intérieur, le contact existe continuellement entre le sujet et l'ambiance. Si certains autistes peuvent prêter à discussion, l'étude anamnétique lève vite le doute.

Si la bouderie reste donc, d'un bout à l'autre d'une vie, fidèle à elle-même et maître-symptôme de cet état, il est bien évident qu'elle n'est que le trouble apparent de perturbations profondes que nous allons esquisser à présent.

Ce sera le mode d'opposition de cet état constitutionnel : un schizophrène un petit paranoïaque ou encore un épileptique aux réactions explosives rares ou camouflées.

Ce sera peut-être le seul trouble du comportement d'un état névrotique pourtant bien structuré mais plus ou moins compensé.

Ce sera enfin un trouble de la vaine caractérielle ou le seul symptôme révélateur d'un déséquilibre mental léger.

Ces sujets se révèlent souvent comme des personnalités complexes, mouvantes que l'on a peine à définir : on dira que c'est un « original » ou bien que c'est un sujet « impossible à vivre ». Bien souvent des sujets viennent coûte que coûte à justifier leur réputation dans une sorte de cabotinage narcissique. A moins que victimes de leur « vice » ils cherchent à souffrir dans une conduite purement masochiste.

Quoi qu'il en soit, pendant la plus longue partie de leur vie ils soulèvent un problème pronostique difficile quant à l'évolution possible de leur état mental. Aucun caractère ne permet en effet d'être totalement rassuré et il faut attendre, le plus souvent, le début de la sénescence pour porter, a posteriori, le diagnostic de bouderie morbide en tant que trouble du comportement isolé sur fonds mental plus ou moins difficilement défini.

---

## CHAPITRE II

### **LA BOUDERIE A L'ENTRÉE ET AU COURS D'ÉTATS PSYCHOPATHOLOGIQUES ÉVOLUTIFS**

---

Dans ce deuxième chapitre, consacré à l'étude de la bouderie en tant que comportement pouvant faire partie de la symptomatologie de la période de début ou de la période d'état d'un syndrome psychopathologique en évolution, nous adopterons à nouveau un plan chronologique. Ceci nous permettra d'être plus clair, en nous répétant moins, mais ce plan a le défaut de trop strictement rapporter le début de tel état pathologique à tel stade évolutif.

Nous apporterons des corrections à cette rigidité, due au plan délibérément choisi, chaque fois que cela nous semblera indispensable ; mais on se souviendra, tout au long de l'exposé, que l'apparition et l'évolution des symptômes que nous allons décrire peut varier, dans le temps, à l'intérieur de larges limites.

\* . \*

Dans les chapitres précédents, nous avons pris comme type de comportement réactionnel et normal, la bouderie chez l'enfant. Et nous avons longuement exposé pourquoi, à cette époque de la vie, cette réaction s'inscrit très normalement dans les modes d'opposition d'un sujet.

Mais les modalités d'apparition, d'évolution de cette bouderie peuvent-elles prendre des caractères spéciaux qui font craindre une évolution psychotique du sujet ? Strictement en elles-mêmes nous ne le pensons pas, car, si la bouderie peut avoir une riche signification en tant que réaction à des perturbations profondes, c'est quand même un mode de comportement limité en tant que richesse expressionnelle. Aussi plus que le mode d'apparition et d'évolution lui-même, c'est le contexte qui l'accompagne qui va lui donner tout son sens.

C'est ce contexte que nous allons esquisser maintenant, et, sur cette toile de fond, nous verrons se profiler la bouderie qui prendra alors sa vraie valeur. Rappelons tout d'abord que si certaines perturbations commencent dès les premiers mois de la vie — et dans le deuxième chapitre de la première partie nous avons vu apparaître des types de comportement équivalents de bouderie dès le dixième mois — ce n'est que rétrospectivement que l'on peut leur donner leur signification. En pratique clinique, ce n'est qu'au cours de la troisième année que l'on commence à s'orienter vers le diagnostic d'état pré-psychotique ou psychotique. Ce diagnostic s'accompagne toujours d'un pronostic réservé, on n'a pas le droit de le porter avant cet âge où le contexte, qui le permet, devient assez accusé et stable.

Nous éliminerons de cette étude les démences infantiles type Heller ou Sancte de Sanctis (que ce soit la démence précocissime ou la phrénasthénie aparético-aphasique), dont le diagnostic peut être porté avant la troisième année, mais dont l'évolution gravissime enlève toute valeur à un type de comportement comme la bouderie ; de même que ces syndromes abiotrophiques, nous n'envisagerons pas les démences rapides dues aux leuco-encéphalites.

Ces éliminations faites, précisons ce que nous entendons chez l'enfant, par états psychopathologiques caractérisés pour lesquels la bouderie peut être un symptôme d'alarme.

Nous adopterons la position de DIATKINE et STEIN [12]. A savoir qu'il est préférable de s'abstenir le plus possible de prononcer le mot de schizophrénie infantile, tout au moins jusqu'à la période de latence, et de remplacer cette entité par une classification plus souple qui est la suivante : les organisations prépsychotiques d'une part, et les organisations psychotiques d'autre part. En effet, tous ces malades

« présentent un certain nombre de caractères communs. Leur structure, leur mode d'organisation libidinale, la nature de leur mécanisme de défense sont certainement comparables sinon identiques. Ils correspondent avec quelques réserves au concept freudien de névrose narcissique aussi bien qu'au concept bleulérien de la schizophrénie ... Mais si l'on peut décrire ces états selon un modèle identique, on ne tient pas compte des possibilités évolutives ... car, si la psychiatrie classique décrit deux formes cliniques distinctes, bien que non discriminables extemporanément : la première étant une forme prodromique de la schizophrénie qui se confirmera par la suite, la seconde étant une forme prodromique de névrose, de névrose de caractère ou de déséquilibre, il existe un certain nombre de formes instables dont l'évolution n'est pas entièrement déterminée par leur structure endogène mais par le développement de ces structures dans un monde relationnel... » [12].

Le mot schizophrénie ne doit pas s'appliquer à

« une simple réaction d'introversion en présence de difficultés de l'existence »,

sinon

« il englobe à peu près toute la psychologie psychonévrotique » (H. Ey).

## I. — PREMIÈRE ENFANCE

Ces longues définitions de notre position données, nous abordons maintenant la première enfance de trois à six ans — ou période pré-œdipienne.

La bouderie fait alors souvent partie de la symptomatologie pré-psychotique ou pré-névrotique. Elle peut être artificiellement dégagée d'un tableau nuancé. Et nous retrouvons cet aspect particulier à la psychiatrie infantile, que nous signalions plus haut, qu'est la banalité du symptôme en soi qui ne prend de gravité qu'en fonction du contexte où il survient. Ce contexte est surtout fait de dysharmonie évolutive importante qui risque de mettre en jeu toute l'évolution ultérieure du sujet. La bouderie se trouve alors mêlée à des manifestations massives d'anxiété plus ou moins élaborées, ou à des troubles intéressant les sphères instinctuelles ou enfin à des états d'agitation.

Chez ces enfants anxieux, les accès de bouderie alternent avec les manifestations paroxystiques d'anxiété. La peur persiste malgré les réassurances de l'entourage, cet entourage excédé réagit violemment et cherche à sevrer l'enfant de cette réassurance inlassablement demandée. Survient alors l'accès boudeur qui permet de s'opposer, tout en restant attaché et protégé, et, surtout, de continuer à lutter contre l'angoisse par les élaborations fantasmatiques qu'il permet.

Les peurs injustifiées et certains rituels sont le propre de l'enfance à cet âge. Mais les peurs de l'enfant normal sont très localisées dans le temps et l'espace, les rituels se déroulent sans anxiété et même dans une atmosphère euphorique. Chez l'enfant pré-psychotique ou pré-névrotique, ces manifestations prennent une telle importance qu'elles sont le mode relationnel essentiel de l'enfant. C'est cette angoisse directement perceptible qui donne à ces réactions boudeuses un caractère nettement différent de celui du caprice banal.

D'autres enfants font alterner des accès de bouderie avec une anorexie grave ou des troubles sphinctériens rebelles (énurésie, enco-

présie). Là encore c'est le contexte qui va donner toute leur signification à des symptômes banaux pris isolément.

Il existe enfin des cet âge des états d'agitation parfois agressive et élastique, parfois joviale et rappelant, par certains côtés, l'agitation maniaque de l'adulte. Ces états peuvent alterner avec des périodes plus calmes, dépressives, où l'accès de bouderie s'éternise ou paraît tout à fait immotivé.

Quelle que soit la forme, c'est l'angoisse qui semble sous-tendre ces différents aspects pré-psychotiques ou pré-névrotiques :

« Les enfants donnent essentiellement l'impression de suivre une évolution dysharmonique : retard de la parole, retard moteur apparaissent de façon isolée et discordante, contrastant avec la précocité dans d'autres domaines, les progrès apparaissant brusquement et paradoxalement, donnant un tour étrange à l'histoire de ces sujets » [12].

Une multitude de facteurs influencera et orientera leur évolution vers une organisation psychotique ou névrotique, la névrose apparaissant alors ici comme une forme de guérison.

Au cours de la première enfance, les états psychotiques sont, eux, caractérisés par une perturbation évolutive beaucoup plus massive. Et la réaction de bouderie apparaît mal ou est, tout au moins, noyée et non reconnaissable dans un ensemble fait de perturbations précoces du contact vital avec la réalité et absence, le plus souvent, de communication par le langage.

C'est ici que se place le syndrome que KANNER a décrit sous le nom « d'autisme infantile précoce ». Mais cette appellation nous paraît abusive. En effet, tout au long de cet exposé sur la première enfance, la bouderie aurait pu nous paraître un mode de début d'une organisation autistique, mode de début lent et bien individualisable en cas d'organisation pré-psychotique, étape brûlée en cas d'organisation psychotique, type Kanner en particulier.

En fait, il semble que jusqu'au début de la période de latence, jusqu'à six et sept ans donc, on n'ait pas le droit de qualifier d'autisme de tels états, tout au moins en donnant à ce terme la signification qu'il prend chez l'adulte. Cela suppose en effet qu'il y ait

« dégradation, régression ou dissolution d'un psychisme qui a une structure propre ... et cette structure est caractérisée du point de vue positif par l'autisme. Or, c'est un fait que cette régression est rare chez l'enfant. Celui-ci semble réagir conformément à la loi de la massivité et de l'âge de DE CLÉRAMBAULT, et selon la règle du tout ou rien. Les formes de dégradations mentales chez l'enfant sont souvent plus nettement dementielles que schizophréniques.

La désagrégation schizophrénique comporte la nécessité d'un développement, d'un mûrissement psychique, dont la dissolution représente alors la forme de désagrégation autistique typique. L'enfant est trop normalement dans le rêve pour faire une structure psychotique de rêve » (H. Ey).

Ainsi donc, au stade pré-œdipien et œdipien, la bouderie pourra entrer dans un contexte pré-névrotique ou pré-psychotique et ajouter sa note, fondue dans l'ensemble ou dominante, mais toujours significative par rapport à cet ensemble dysharmonique. Par contre, dans une structure psychotique, elle sera couverte et non reconnaissable. Mais jamais, à ce stade, on ne pourra lui donner la signification d'un état pré-autistique. Nous verrons que ce sera tout à fait différent pour la période que nous abordons maintenant.

## II. — SECONDE ENFANCE

En effet, à la période de latence — sept à douze ans environ — les tableaux cliniques sont beaucoup plus différenciés du fait de l'organisation du moi qui continue à évoluer, même si les positions libidinales et l'organisation de l'angoisse restent fixées à un mode archaïque.

Là encore, on décrit des états d'aspect indiscutablement psychotique et d'autres pré-psychotique. Mais, dès cette époque, il existe des cas, rares, mais patents, d'organisation typiquement schizophrénique. La bouderie pourra se retrouver dans chacun de ces types d'organisation, en tant que symptôme valable, une fois de plus, par rapport à l'ensemble, mais surtout elle pourra être interprétée souvent comme un mode de début, une porte d'entrée, à une organisation autistique de la personnalité.

Dans les organisations psychotiques franches, aux aspects cliniques très divers, le comportement boudeur peut être le prélude, la première manifestation, d'un mutisme qui pourra devenir total et très prolongé — mutisme d'aspect bien particulier, surchargé — si un contact difficile peut le mettre en évidence — d'un matériel fantasmatique important, peuplé d'angoisse de morcellement et de thèmes œdipiens.

D'autres fois, la bouderie ne deviendra un comportement explicable qu'à l'intérieur d'une conduite délirante. On a pu discuter de la signification délirante de certaines productions imaginatives de l'enfant. Si le jeu a, pour l'enfant de cet âge, une grande valeur de réalité, le sujet normal est cependant toujours capable de discerner

ce qui est ludique de ce qui est réel et de sortir du jeu quand cela est nécessaire. Le propre de certains enfants psychotiques est de n'avoir qu'un seul système de référence et de projeter leurs productions imaginatives dans le réel. Rien ne permet de supposer qu'ils n'aient une croyance absolue dans tous leurs thèmes. La bouderie, dans cet ensemble fantasmagorique, est soit une réaction d'opposition à un milieu ambiant qui ne veut pas continuer à « jouer le jeu », soit une réaction faisant partie intégrante du comportement délirant d'allure pseudo-ludique.

À côté de ces formes franchement psychotiques, il existe, à la période de latence, un grand nombre d'états qui témoignent d'un trouble profond de l'évolution mais qui ne sont pas encore organisés selon un mode existentiel stable. C'est ce que nous appelons les organisations pré-névrotiques et pré-psychotiques, où la bouderie va acquérir toute sa valeur grâce au contexte.

On peut approximativement diviser ces organisations morbides en deux groupes :

- les grands troubles du caractère ;
- les formations symptomatiques d'allure névrotique.

Ces grands troubles du caractère ont une allure inquiétante à cause de leur constance et de leur caractère inadéquat et totalement inadapté aux circonstances extérieures. Ils sont souvent accompagnés de troubles sphinctériens, et l'anxiété sous-jacente est facilement décelable.

Parmi ces troubles du caractère soulignons que, dès cette période de la vie, on peut mettre en évidence la constitution ou personnalité paranoïaque.

À ce stade d'évolution, ce qui frappe chez ces jeunes sujets, c'est d'abord leur méfiance, préface aux idées de persécutions, génératrice d'inquiétude et de soupçon, se traduisant, le plus souvent, par une susceptibilité ombrageuse entraînant la tendance à l'isolement et aux réactions d'opposition sourde type bouderie. Ces accès boudeurs sont le plus souvent prolongés car la psychorigidité, source d'un entêtement inébranlable, auto-entretient cette façon de protester contre le milieu ambiant «-persécuteur ». Déjà le jeune sujet, « amoureux malheureux de la logique », essaye de justifier à tout prix ses opinions ou positions quitte à se mouvoir dans le paradoxe qui deviendra plus tard l'absurde paralogique. L'orgueil, la vanité, déjà voilée de feinte modestie, sont patents. La distorsion, pour ne pas dire la fausseté manifeste, du jugement prédispose à l'interprétation délirante qui peut déjà se produire et donner à l'accès de bouderie un aspect d'immotivation inquiétant. Enfin, l'inadaptabilité familiale de ces sujets,

préface à l'inadaptabilité sociale, se manifeste par des conduites diverses : vagabondage, fugue, recherche forcenée de la solitude, positions ambiguës avec fabulations mythomaniaques annonçant le bovarisme de l'âge adulte.

C'est aussi à cette période de latence que peuvent déjà se manifester les premiers troubles caractériels de type épileptoïde sans que la maladie épileptique soit patente.

Ce qui domine, c'est l'instabilité de l'humeur et de l'activité, une viscosité psycho-affective, une tendance à la persévération, l'adhérence aux objets avec activité « collante ». La bouderie est une « façon d'être » chez l'épileptoïde qui pendant de longues périodes ne sait pas s'opposer totalement en rompant les liens avec le milieu ambiant. Puis c'est la survenue brutale, explosive de la réaction coléreuse, pouvant aller jusqu'à la fureur, second pôle d'activité glischroïde.

À côté de ces grands troubles du caractère, surviennent encore à cette époque des formations symptomatiques d'allure névrotique, en particulier des organisations obsessionnelles ou phobiques sur fond d'anxiété manifeste. Des formes de passage vers des états délirants compliquent le tableau et donnent au pronostic une réserve angoissante.

Dans toutes ces formes d'allure névrotique, la bouderie peut survenir encore une fois sous deux aspects : soit comme comportement intégré aux rituels névrotiques, soit comme une réaction envers un milieu qui réagit contre cette organisation morbide.

Enfin, dès cet âge, il existe des schizophrénies précocément confirmées. Et la bouderie peut alors être taxée de comportement — porte d'entrée à des états pré-autistiques se complétant très rapidement pour donner des états dissociatifs sans équivoque. Ce pourra être l'aboutissement d'un état pré-psychotique ou psychotique de la période pré-œdipienne ; mais bien souvent l'évolution rapide de ces états pourra se compléter en quelques mois avec un début qui aura eu lieu en pleine période de latence. Ainsi la bouderie pourra soit faire partie d'une évolution dysharmonique, que nous avons essayé de caractériser plus haut, soit faire partie d'un comportement qui n'avait donné lieu à aucune remarque alarmante jusqu'ici.

Les accès boudeurs se transforment insensiblement en une attitude fixée, morose, repliée, apparemment indifférente. Le milieu ambiant se sent devenir peu à peu sans action sur ce comportement qui a l'air de s'auto-entretenir pour ne pas dire « tourner à vide », le sujet « débraye » avec l'ambiance.

« Le contact devient étrange, hésitant, rappelant parfois le tâtonnement du nourrisson. L'ambivalence apparaît peu à peu dans un

comportement irrégulier, donnant puis rejetant. Le jeu en particulier est terne, stéréotypé, comme vidé de son but, parfois bizarre, groupant des objets hétéroclites suivant un thème intérieur qui échappe à l'entourage. Des fragments entiers de l'activité intellectuelle paraissent normaux, en contradiction avec l'obtusion apparente ou des aspects régressifs, archaïques : tendance à flairer les objets ou à les porter à la bouche. De précoces perturbations mimiques, avec parasitismes, rires apparemment immotivés, le tout très différent des tics, marquent l'ébauche de dissociation » [12].

Cet aspect clinique n'exclut pas une angoisse profonde, végétative, d'une qualité différente de celle des états pré ou psychotiques. Elle marque avec tous les autres signes, la rupture, d'abord partielle et irrégulière, puis de plus en plus totale, avec la réalité. Elle donne à tout le comportement du sujet, et à la bouderie entre autres, ce malaise existentiel propre à cette personnalité faussée dans son mouvement adaptatif et qui, peu à peu, glisse vers la dépersonnalisation même.

### III. — PUBERTÉ

La période pubertaire, s'il y a eu des aspects psychotiques antérieurement, semble précipiter l'apparition des désordres pré-schizophréniques et schizophréniques.

Dans la puberté précoce et à intrusion subite, le danger est menaçant et rouvre la plaie des angoisses œdipiennes. Deux types de réactions peuvent se manifester. D'un côté, inhibition intellectuelle avec retrait scolaire, mouvement de repli de l'instinct devant le danger. De l'autre, troubles du caractère et du comportement, témoignages du conflit, pulsions latérales où la bouderie a sa place à côté de fugue, de délinquance ou autre inadaptation.

Dans la puberté retardée, l'arriération affective permet des défenses de style infantile comme l'opposition boudeuse. La fixation à la mère entrave la compétition ouverte et l'affirmation entière, le sujet s'inhibe en boudant, d'où angoisse et échec plus ou moins conscient qui rejette un peu plus le sujet dans sa situation de dépendance. Le moi semble ainsi s'épuiser, se fissurer dans des conflits banaux et c'est là qu'apparaissent les nuances inquiétantes de l'aspect dissociatif. Peu à peu tout est vécu « à froid, à distance » sur un registre inauthentique.

Parfois, dès la période pubertaire, on sera surpris de voir certaines inhibitions ou troubles du caractère et du comportement de ce

genre rétrocéder totalement après un traitement de choc. La récurrence périodique de tels symptômes fera rapidement porter le diagnostic de psychose maniaque-dépressive et ce, d'autant plus, si le tableau se complète et prend un aspect dépressif confirmé. Le comportement boudeur s'inscrit alors dans un contexte progressif de modifications de l'humeur et du caractère : le sujet devient impressionnable, hyper-émotif, un rien l'affecte — susceptible à l'excès, vulnérable, pleurnicheur, instable, il se plaint de troubles du sommeil ou d'anorexie tenace. Souvent ces troubles du début, annonciateurs de l'accès mélancolique, suivent un ordre d'apparition chronologique identique d'un accès à l'autre et le comportement boudeur, chez un sujet qui ne le présente pas normalement, peut alors jouer le rôle d'« aura » à de tels accès.

Il ne semble pas d'ailleurs que l'accès boudeur annonce beaucoup plus fréquemment un accès mélancolique qu'un accès maniaque. Citons à ce propos ces bouderies fréquentes dans les états d'énervement, d'excitation de quelques jours chez les jeunes filles au moment de leurs premières règles, phases hypomaniaques qui annoncent pour plus tard des accès maniaques francs et souvent rythmés par le cycle génital.

De toutes façons, on restera toujours vigilant devant ces apparences d'accès périodiques à cet âge, ils peuvent toujours être, en effet, une voie d'entrée à la démence précoce.

#### IV. — ADOLESCENCE

Avec l'adolescence, nous sommes maintenant dans cette période en continuité avec la crise pubertaire, période élective, après toute la lente préparation et les indices que nous avons essayé de tracer plus haut, de la fissuration de la personnalité ou de son insuffisance de construction ; période où s'ouvre grand le champ de la schizophrénie.

Ces schizophrénies sont polymorphes. Dans les formes qu'on pourrait qualifier « d'intellectuelles », le trouble dominant étant l'inadaptation scolaire ou professionnelle avec le classique fléchissement de la seizième ou dix-huitième année. On devra alors essayer de dissocier, de faire la part de ce qui est simple refus conditionné par le milieu, de ce qui est névrose d'échec ou d'inhibition avec refus de la compétition ou d'aspect vraiment schizophrénique avec barrage et blocage. La réaction boudeuse entre dans chacun de ces aspects, en particulier, elle fait partie intégrante de l'inhibition de la névrose d'échec. Là encore c'est le contexte qui départagera.

Dans les formes catatoniques, il semble manquer ce qui est simple réaction sociale, affectivement des liens sociaux ou de dépendance, sous prétexte par conséquent, de ce qui est comportement survenant sur une trame affective dissociée, avec indifférence, apathie et souvent abrutissement. Le comportement boudeux, basé en lui-même, se prendra la mode selon qu'une fois cette trame mise à bout — venue ou manquée le remède autistique, la réaction sociale. La contact social est difficile ou malade l'absence d'un dévouement personnel, le patient se défend, a peur d'être vu ou de voir. Il se renferme, s'isole, broute ou... porte des lunettes noires.

A côté de cette posture dans la jeunesse ou l'adolescence, cette posture bien entendue tend à être ou se confirme des aspects psychopathologiques que nous avons décrits plus haut : périodes périodiques, personnalité paranoïaque en particulier. Et chaque fois nous pouvons rencontrer la bouderie, nous n'insisterons pas plus longuement.

## V. — AGE ADULTE

L'âge adulte voit l'épanouissement et l'affermissement des syndromes pré-psychotiques ou des psychotiques des périodes antérieures, et même temps que l'éclatement d'entités morbides propres à cet âge ou complètement ains l'éventail psychopathologique.

A cette période de la vie la bouderie, ainsi que nous l'avons vu au chapitre II, même dans sa forme réactionnelle, passagère, passe pour être un comportement anachronique, non adapté, régressif. Si elle se prolonge et se répète, elle pourra rentrer dans le cadre d'un comportement morbide, mais que nous avons cru devoir décrire au début de ce chapitre. Mais, quelle qu'en soit la forme, à cette période, à la différence de l'enfance ou de l'adolescence, ce mode de comportement choque, attire très vite l'attention, provoque des réactions spontanées, plus ou moins adaptées de l'entourage, des attitudes ambivalentes, des essais d'explication. Non pas que ces réactions, ces attitudes plus ou moins compréhensives soient particulières à cette période, mais elles sont plus rapides, plus aigües et par là, cette attitude boudeuse sera vite mise en évidence, « montrée en épiingle ».

Il y a là une discordance que l'interrogatoire de la famille ou des proches d'un tel malade mettra vite en évidence. A l'examen, rapidement, on est frappé des gros troubles du contact et des réactions affectives, de la désorientation intellectuelle manifeste et pourtant l'entourage du malade n'a pas remu les modifications profondes. Il ne les signale pas. Par contre, l'attitude boudeuse est rap-

dement et pratiquement toujours signalée : les détails affluent, la remémoration des circonstances d'éclosion de ce type de comportement semble facile parce que précisément, l'entourage les avait notées, remarquées parce que profondément ressenties. Souvent d'ailleurs, le mot bouderie, une fois évoqué, l'entourage s'en servira pour désigner maints types de comportement apparentés : réticence, morosité, rupture plus ou moins brève avec l'ambiance à type de rêverie, conduites négativistes et opposantes à bas bruit auxquelles on trouve une raison, valable pour les proches, mais inexistante pour le sujet lui-même.

Et cela nous semble être particulièrement le fait, lors de l'installation d'une forme de schizophrénie que nous voudrions envisager maintenant. Nous aurions pu aussi bien le faire d'ailleurs au moment où nous avons étudié la période de l'adolescence.

#### BOUDERIE, SCHIZONEVROSE ET SCHIZOPHRENIE

Disons que ce que nous allons exposer est valable surtout chez l'adulte jeune.

La réaction boudeuse, remarquée depuis longtemps par l'entourage, se reproduisant depuis quelque temps de façon immodérée et déjà anormalement durable, était accompagnée d'un fonds mental fait d'égoïsme, de particularisme, d'orgueil, de mauvaise humeur habituelle, de colères faciles, de difficulté à supporter la moindre contrariété. C'était un sujet délicat, timide, hyper-émotif, dont l'enfance et l'adolescence avaient été une succession de petits drames, de traumatismes affectifs qui blessaient sa sensibilité pour ne pas dire sa sensiblerie (conflits avec les parents, jalousie infantile, émois sexuels), tous traits de caractère se laissant subordonner sans difficulté à la notion générique de schizoïdie de Krestschmer.

Pour peu que, sous une influence quelconque, un choc émotionnel par exemple, ces tendances innées s'exagèrent, elles donneront naissance à des troubles psychotiques à la base desquels il sera aisé de retrouver, selon BOREL, le mécanisme de la bouderie morbide, l'individu

« se repliant sur lui-même et se concentrant rageusement sur le sujet de son mécontentement » [3].

Nous empruntons à BOREL l'exemple suivant, repris par MINKOWSKI dans son étude de la schizophrénie [28] :

Mme R. C..., trente ans, manifestait dès l'enfance une tendance à la mauvaise humeur. Elle n'avait pas d'amies, refusait de jouer pour des raisons que l'on ne

comprenait pas et préférait vivre seule. D'ailleurs, elle était renfermée, un peu méfiante et surtout entêtée. Intelligente et appliquée, elle fut cependant bonne élève à l'école et, jusqu'à l'âge de vingt ans, ne présenta aucun incident morbide digne d'être signalé.

A ce moment, à la suite d'un mariage manqué (par refus de consentement des parents), un changement survint, d'abord lent, puis progressivement accentué. On la vit perdre son activité, rester des heures entières pensive, marmottant des paroles à demi-articulées. Elle obéissait cependant aux ordres donnés par ses parents, mais à contre-cœur, montrant par moments une mauvaise humeur évidente. Bientôt, il devint difficile de la faire sortir de sa torpeur, et une véritable attitude négativiste se manifesta. Interpellée, elle ne répondait pas, prenait un air hostile, hargneux, et parfois devenait brusquement violente, brisant tel objet qui se trouvait sous sa main. Finalement, elle tomba dans une inactivité complète, s'isolant dans un coin, avec une mimique traduisant une colère contenue. Indifférente à ce qui se passait autour d'elle, témoignant une inactivité entière, quand ce n'était pas de la haine, à ses parents, ne prenant plus aucun soin même élémentaire de toilette, refusant de manger, gâtant par intermittence, son état devint tel qu'il fallut songer à l'interner.

A l'asile, tout persista. Etendue dans son lit, d'aspect hostile, elle demeurait comme figée en des attitudes, toujours les mêmes, constituant de véritables stéréotypes. Le syndrome de la démence précoce paraissait complet : négativisme, refus d'aliments, parole marmottée à voix basse, refus de répondre, indifférence, apathie, inertie, etc... Cependant, à certains moments, une émotivité passagère semblait s'éveiller, et, comme on parlait devant elle de son état, plusieurs fois elle se mit à pleurer.

Enfin, après de nombreux interrogatoires restés infructueux, elle consentit à donner quelques explications sur son attitude qui, à cette époque, durait depuis près de huit années : « On aurait dû me marier », déclare-t-elle. Alors qu'elle était moins atteinte et qu'elle était encore chez ses parents, ces mêmes mots elle les avait souvent proférés. Et dans ses paroles marmottées, souvent ils revenaient. A force d'insistance, on finit par connaître l'essentiel. Elle n'avait jamais pardonné à sa famille son mariage manqué, ni sa vie qu'elle jugeait perdue. Profondément ulcérée, au lieu d'oublier sa déception, elle en conservait l'irritation toujours présente, et, se sentant ou se déclarant impuissante à se refaire une autre existence, elle s'était ainsi peu à peu fixée dans cette attitude de bouderie coléreuse, ne voulant, ne désirant plus rien puisqu'elle n'avait pu obtenir ce qu'elle avait désiré.

D'ailleurs, une fois le mot de l'énigme connu, une psychothérapie active fut employée, qui — chose remarquable — donna bientôt des résultats. Au bout de quelques mois, une transformation se produisit, incomplète cependant. Mais l'activité revint et presque même de l'entrain. Dans le service, elle s'occupa, aidant les infirmières. Souple, docile, elle se renfrognait seulement quand ses parents venaient la voir. Elle n'aimait pas à parler du passé, pleurait lorsqu'on l'y forçait, mais finissait par répondre et avouait alors les causes cachées.

Elle avouait surtout sa pseudo-indifférence de cette époque qui n'était que l'aspect extérieur d'un état affectif intense : colère et rancœur. Enfin, loin d'être aussi absente qu'elle le paraissait, on pouvait constater qu'elle avait tout noté

au cours de ces années, qu'elle avait, en un mot, sous une apparence démentielle, conservé même alors une activité psychique cohérente, logique intacte, mais seulement anormalement orientée.

Nous devons ajouter que cette amélioration fut de courte durée. Comme on l'avait cru guérie, sa sortie fut permise, et trop tôt peut-être, car, retrouvant son milieu et ses parents, quelques jours suffirent pour qu'une rechute se produisît. Ramenée presque aussitôt à l'asile, tout le résultat d'une patiente psychothérapie se trouva détruit. Refusant systématiquement de manger, un amaigrissement progressif apparut en même temps que tous les anciens symptômes. Pareillement hostile et renfrognée il devint malaisé de la sortir de son inertie, et seul l'interrogatoire après éthérisation permit de constater la persistance de l'activité mentale, aussi bien d'ailleurs que celle de l'ancien complexe. Une affection intercurrente l'emporta, après un séjour d'un an à la maison de santé.

Avec MINKOWSKI, « nous aurions vraiment mauvaise grâce à ne pas poser dans ce cas, comme dans les autres décrits par BOREL, le diagnostic de schizophrénie. Quantité de troubles de la série hébéphréno-catatonique s'y trouvent réalisés, on ne peut plus nettement. C'est sur eux évidemment que doit s'appuyer le diagnostic clinique. Quant aux rémissions signalées, aux oscillations dans l'état de la malade, aux manifestations émotionnelles se produisant épisodiquement, à l'intégrité des facultés intellectuelles, ces particularités ne sauraient infirmer le diagnostic posé, puisque toutes elles sont incluses dans la notion bleulérienne. Aussi, si BOREL parle au sujet de ces malades d'un « comportement paradoxal, simulant à s'y méprendre un état démentiel de type hébéphrénique, et n'étant cependant qu'une bouderie prolongée morbidement intense », il adopte pour son cas, dans la première partie de cette conclusion, les vues de KRAEPLIN, CHASLIN, BLEULER et d'autres, développées, au sujet des états dits « démentiels » d'ordre hébéphrénique. Nous ne connaissons ici que des états terminaux spécifiques pouvant simuler la « démence » mais tout différents de la démence vraie [28].

A côté de ces boudeurs,

« sujets profondément insatisfaits, déçus, angoissés, manifestant des tendances hostiles et agressives à l'égard du milieu extérieur, dont ils se séparent comme pour mieux s'en défendre et s'en venger dans une sorte de morosité hargneuse » [3].

l'école de CLAUDE, ROBIN et BOREL a mis en évidence un autre type de sujet pour qui le refus d'entrer dans la réalité se fait par l'évasion dans la rêverie compensatrice, la solitude et les jeux imaginatifs : ce sont les rêveurs.

Bouderie et rêverie deviennent ainsi la

« bi-polarité du caractère schizoïde, bipolarité essentiellement conflictuelle où se retrouvent tous les complexes antinomiques du développement libidinal (masculin-féminin, passivité-agressivité, amour-haine, etc... » [14].

sorte d'organisation névrotique infantile, schizonoïa diront CODET et LAFORGUE. Le mécanisme essentiel de cette organisation névrotique est

« une intériorisation de l'objet du désir, c'est-à-dire une sorte d'inversion de la capacité d'aimer qui, à chaque phase du développement ou dans chaque circonstance traumatisante, éloigne le sujet du monde des autres et du monde des objets » [14].

C'est sur ce fond conflictuel, bien compensé dans la rêverie ou mal compensé dans la bouderie, que vont survenir des exacerbations épisodiques par crises plus longues que CLAUDE appelle des crises « schizomaniaques ». Ces crises sont réalisées

« par un relâchement, une rupture paroxystique et autistique avec la réalité, un renforcement des attitudes d'intériorisation. Tantôt ce sont des crises à forme de rêverie avec euphorie, extase, fascination intérieure par des contenus de conscience imaginaires où, naturellement, les tendances libidinales trouvent largement leur compte (aventures merveilleuses, contes de féé, communications érotiques, inspirations agréables ou fabulations compensatrices) » [14].

Tantôt ce sont des crises où l'attitude boudeuse, poussée à son paroxysme, entre de plein pied et se confond avec le « négativisme schizomaniaque » d'allure pseudo-catatonique. Il y a refus total des relations humaines, avec mutisme, refus d'aliment, gâtisme, incurie, impulsions violentes; le tout sous-tendu par un état d'exaspération et de fureur à peine contenu.

Ce qui fait l'originalité de la clinique de ces états, c'est qu'elle « révèle toujours qu'ils sont vécus comme des émotions intenses, qu'ils expriment sur le plan conscient la colère, la jalousie, l'exaspération, la honte, et manifestent les couches affectives latentes des complexes de frustrations, de culpabilité, de castration, donc des conflits subconscients de la période génitale » [14].

De sorte qu'on peut dire que

« dans cette forme de schizophrénie, la régression est moins archaïque et, somme toute, plus près de mécanismes névrotiques » [14].

Cette forme d'existence névrotique fait que le

« schizophrène de ce type ne perd jamais, ou presque jamais le sens de la réalité — même si le contact affectif avec autrui est rompu, la structure de réalité de sa pensée demeure à peu près normale. Cela revient à dire que le syndrome de dissociation ou de discordance est ici peu accusé » [14].

Le sujet

« est engagé dans une sorte de simulacre fantasmatique (rêverie) ou de « scène » (bouderie) qui nous rapproche de la structure même de l'hystérie ... Le terme de schizonévrose s'impose pour caractériser cette forme de discordance plus épisodique et moins profonde, ces dispositions et ces bouffées délirantes plus secondaires que primaires, en ce sens qu'elles expriment une motivation idéo-affective assez claire, et cet autisme qui est plus près de la pensée magique de l'obsédé et des fantasmes de l'hystérique, dans la mesure même où il est un procédé morbide dont le malade reste conscient » [14].

Ce comportement schizonévrotique est donc

« fortement psychogénique quant à ses conditions d'apparition : presque toujours en effet un événement, la tension des relations sociales et surtout familiales, une déception, une rupture sentimentale, un deuil. Il est ainsi axé dans le sens d'une motivation psychologique qui sous-tend l'ensemble du tableau clinique » [14].

C'est cet aspect psychogénique qui permet à la bouderie, tout au long de l'évolution schizonévrotique, de garder son allure réactionnelle et, par là, de tenter, et de sembler échapper, tout au moins superficiellement, à la transformation processuelle. C'est dans ce type de dissociation moins profonde qu'on trouve, en effet, des exemples les plus frappants, sinon les plus démonstratifs, d'évolution profonde de ce type de comportement banal qu'est la bouderie, qui, gardant tout au long ses caractères les plus distinctifs, semble être le symptôme prévalent le plus riche de signification immédiate, recouvrant et colmatant le processus de dissociation sous-jacent, lui caché, dispersé, infiltrant, donc moins discernable.

Le caractère d'intermittence de la schizonévrose accentue encore le fait. Car on peut voir éclater la réaction boudeuse, aussi bien à l'intérieur d'un comportement schizoïde que pendant les crises schizomaniaques : la bouderie devenant alors la forme, le canevas de l'épisode de retrait, de rupture avec la réalité.

Pour illustrer ces faits nous exposerons ici, avec un peu de détails, l'observation d'une de nos malades qui nous a beaucoup intéressé et nous a, en partie, décidé à écrire cette thèse.

Il s'agit de Mlle A... (vingt-trois ans) seconde d'une fratrie de 7, 6 filles et 1 garçon : elle est l'aînée des filles. Les parents restèrent mariés neuf ans à peine, de 1936 à 1945. Mais, dès, 1941, les services sociaux de la petite ville de V... furent alertés des querelles fréquentes au foyer et surtout des conditions physiques et morales déplorables dans lesquelles les enfants vivaient : alcoolisme du père, incurie éducative et inconduite de la mère. Lors du divorce des parents, les filles furent placées en orphelinat. Elles y restèrent deux ans. A cette époque, Mlle A... avait neuf ans et on ne signale aucun trouble du caractère bien notable. Le père vivant en concubinage, il reprit ses filles au pseudo-foyer. Ivresses, scènes violentes se succédèrent jusqu'en 1949, où les filles furent à nouveau placées d'autorité à l'orphelinat de V... Elles y restèrent quatre ans cette fois-ci. Mlle A... a gardé un bon souvenir de ce séjour, elle y prépara et réussit un C.A.P. ménager, travailla la plupart du temps à la crèche, avec sérieux et compétence semble-t-il, adorant s'occuper des enfants. Dès cette époque, elle prit conscience de son titre et de son rôle d'aînée et s'occupa bien de ses sœurs, qui, par contre, semblent avoir donné des signes de plus en plus grands d'indiscipline et de « mauvais esprit ». C'est à cet âge — treize ans — que Mlle A... situe elle-même ses premiers troubles du caractère : « Je ne supportais rien et j'aimais m'isoler si on me contrariait. Je ne parlais plus et n'avais plus d'appétit, je n'aime pas me disputer, je préfère me taire ». Si on lui demande si, à cette époque, c'était de la bouderie ou si on l'avait « traitée » de boudeuse, « peut-être bien, répond-elle, si vous voulez ; quand on est chez les autres, c'est difficile ».

Ainsi, pendant la période pubertaire apparaît chez notre malade un comportement boudeur de type réactionnel, banal en soi et mode d'opposition classique et adapté, serions nous tenter de dire, dans un style de vie communautaire type orphelinat. Mode d'opposition valable, aussi bien à l'intérieur du « clan » que formaient la malade et ses cinq sœurs, qu'à l'intérieur de la communauté prise dans son ensemble. Dès cette époque, cette bouderie a des caractères que nous retrouverons tout au long de son évolution : c'est une bouderie passive, dans ce sens qu'il n'y a jamais recherche du conflit à tout prix, étalement et exposition ouverte de ce mode de comportement, la malade « s'estompe », disparaît de la scène. De plus, il n'y a pas refus d'aliment mais perte de l'appétit, donc mécanisme d'opposition plus profond, moins conscient.

En 1953, du fait des difficultés provoquées par ses sœurs, Mlle A... est transférée avec elles au Bon Pasteur de L... où elle reste une année. « C'était une maison de redressement » dit-elle. Et c'est pendant ce séjour, elle a alors dix-sept ans, qu'elle fait le premier épisode franchement psychopathologique qui motive une consultation de spécialiste : « crise de cafard et crise de nerf, explique-t-elle, j'étais triste et je ne voulais plus manger ».

En fait, il semble bien que ce soit la première crise d'opposition active, avec agitation, violence, au décours ou pendant une bouderie plus prolongée, plus tenace et dans un milieu plus rigide, moins décidé, sinon à capituler, tout au moins à essayer de comprendre et d'aplanir les causes de heurt.





elle revient spontanément dans le service « parce qu'elle ne s'entend pas, parce que sa mère est curieuse, qu'elle a peur et s'enferme chez elle ». On parle alors pour la première fois de schizophrénie.

La dernière tentative de sortie date de huit mois : on lui trouve une place de femme de salle à l'hôpital général. Elle y reste une matinée. A midi, va déjeuner en ville avec ses sœurs, une dispute éclate « parce qu'on trouve qu'elle mange trop » et qu'elle a pris de mauvaises habitudes avec les « folles » : scène violente. A 14 heures, elle ne reprend pas son travail et revient à l'H.P. le soir. A 21 heures, elle fait une tentative de suicide, avec un barbiturique, devant toutes les autres malades du pavillon. Depuis, elle séjourne dans le service.

Voici donc esquissée l'existence pathologique de notre malade. L'hôpital est devenu peu à peu le havre d'où sont tentés, de plus en plus timidement, des essais de sortie. Mais comment vit-elle dans le service ?

Il faut d'abord insister sur l'extrême et rapide variabilité de son état, non seulement à l'intérieur d'une brève période, mais dans le nyctémère même. Sur la grande importance des effets du cycle menstruel.

Dans les bonnes périodes — qui peuvent se maintenir plusieurs semaines — c'est une jeune fille coquette, propre, ordonnée, discrète, pleine d'attention pour les autres malades. Son niveau intellectuel est bien suffisant, facilement éduicable, s'adaptant bien à des tâches nouvelles, nous avons pu l'employer avec succès, pendant des semaines, dans le rôle d'aide-infirmière dans notre salle d'insulinothérapie. D'ailleurs, ses employeurs, qui ont pu se l'attacher quelques temps, sont unanimes : elle remplit très bien sa tâche, avec initiative, aimant particulièrement s'occuper des enfants avec lesquels elle réussit parfaitement. Elle se lie assez vite à qui sait la comprendre, mais son amitié est exclusive, elle est jalouse et ne supporte pas la « concurrence ». Brusquement, sans raison bien nette, non seulement elle se détache, mais peut détester avec une rancune tenace. Elle peut ainsi bouder telle infirmière parce qu'elle porte le même nom que telle autre qui l'a froissée plusieurs mois auparavant. Ses réactions sont toujours difficilement prévisibles, brutales, souvent disproportionnées, « on ne sait ce que va apporter l'heure qui vient, il faut la surveiller comme le lait sur le feu » lit-on dans les comptes rendus des infirmières. Hypersensible à l'ambiance mais souvent paradoxalement, ne réagissant pas à telle réflexion qui semblait traumatisante, réagissant là où rien ne le faisait prévoir. Dans ses bonnes périodes, où le contact est facile, normal, où son comportement est si bien adapté qu'on oublie la malade, arrivant à l'identifier au personnel soignant, son comportement opposant de type boudeur persiste, mais avec les mêmes qualités que lors de la période pubertaire. En effet, on trouve rapidement le motif psychogénique de l'accès, qui ne dure pas, et peut être résolu par une brève psychothérapie explicative.

Dans les mauvaises périodes, elle s'isole, se lève de plus en plus tard, puis peu à peu ne quitte plus son lit. Là, elle garde une attitude morose, fermée, ne répondant que par monosyllabes, esquissant un sourire de résignation après notre passage ou pleurant silencieusement. Sa tenue est un peu plus négligée, elle maigrit, s'étiole, mais n'est jamais incontinente. Le refus d'aliment est constant mais il n'est pas bruyant : les plats ne sont pas ou presque pas touchés, un peu de café au lait, de l'eau minérale et, suivant les périodes, l'acceptation de la nourriture apportée, et exclusivement par telle infirmière. Les jours, les semaines pas-

sent. l'inactivité est totale. Quelquefois, c'est le brusque retour à un comportement plus normal, le plus souvent après quelques tentatives brèves avec échec et rechute. Si on lui demande les raisons de sa mauvaise humeur, elle répond « mais je ne suis pas de mauvaise humeur, je suis là, je reste, à quoi bon ? Je vous embarrasse, ici je ne gêne personne ».

Il n'est pas rare de se faire confier quelques idées de persécution, de la part de ses sœurs, du personnel soignant, des tantes. C'est sur un sentiment vague mais toujours présent de rejet, d'incurabilité, de tare familiale non méritée, qu'éclatent ces idées, ces fausses interprétations : « on veut se débarrasser d'elle, l'empoisonner même ». Mais tout cela n'est qu'ébauché, fugitif, non systématisé, changeant avec les accès. Elle sait être ironique, à froid, bouderie moqueuse, quelquefois méchante, mais ce n'est que rarement durable. Déjà présentes pendant les bonnes périodes, les idées de fatalité, d'impuissance de nos traitements (« je les ai tous eus ») se renforcent : tout est dû à l'alcoolisme du père et nous n'y pouvons rien. Le refus des thérapeutiques est alors total.

Quelquefois, c'est le grand drame avec agitation extrême, bris de meubles, de vitres, elle saccage les feuilles de température, les dossiers médicaux à sa portée, s'accroche aux infirmières, les brave, les invective, irait jusqu'à violenter les malades plus âgées qui l'entourent. L'accès est suivi d'un état de prostration avec mutisme total, renforcement des attitudes opposantes. Si, plus tard, on l'interroge, elle répond que « dans ces moments, elle n'est plus elle, que tout est différent, qu'elle se souvient de tout mais que c'est plus fort qu'elle ».

On n'a jamais mis en évidence de phénomènes psychosensoriels. La discordance n'est pas manifeste, elle ne saute pas aux yeux. La mimique présente parfois de petits signes désadaptés mais c'est léger. Le comportement à type de fugue a toujours été conscient sinon bien motivé, il n'y a pas trace d'amnésie.

Quant aux réactions suicidaires, les tentatives répétées par trois fois au moins ont toutes laissé de sérieux doutes sur leur sincérité : une tante survient quelques minutes après que la malade ait ouvert le gaz : le barbiturique est absorbé devant toutes les malades du pavillon : les blessures superficielles faites aux bras sont pratiquées après avoir eu soin de confectionner un garot solide et bien visible. Le chantage au suicide est d'ailleurs fréquent : chez le Docteur J..., la malade garde des bris de verre dans ses poches et expose complaisamment l'usage qu'elle pourrait en faire ; chez le Docteur M..., elle subtilise un couteau ou une lame de rasoir, mais sait bien les placer pour qu'on les voit et les reprenne.

Son attachement à ses sœurs — qui la rejettent — est ambivalent : elle veut les retrouver mais chaque fois revient déçue, critiquant vivement leur comportement qu'elle réproouve au nom de la morale. Mais la description qu'elle fait de leur vie montre ouvertement qu'elle les admire, les envie et aimerait les suivre. Elle cherche pourtant à ce qu'on la persuade de rompre définitivement avec elles, mais, dans l'heure même, elle nous reproche de la détacher de ce qui lui reste de famille. Elle a en effet totalement rejeté son père et sa mère.

Actuellement, s'est installée une période de bouderie morose, elle ne quitte plus son lit autour duquel très rapidement se sont groupées quelques malades opposantes du pavillon : « clan » où gravitent des schizophrènes d'allure carac-

térielle ou de graves névroses de caractère. Le refus d'aliment et de thérapeutique est presque total. Elle nous reproche de l'abandonner pour d'autres malades plus récemment mises en traitement.

Devant un tel tableau qui évolue depuis six ans maintenant, avec au total trois ans d'hospitalisation, on n'a pas manqué de porter de multiples diagnostics. Ils ne sont pas tous concordants, nous l'avons vu. Les médecins qui l'ont examiné ont révisé leur position à mesure que leur observation se prolongeait. Actuellement, nous pensons pouvoir porter un diagnostic un peu plus assis et fixe, bien que dans ces « cas limites » la plus grande circonspection soit nécessaire. De toutes façons, nous avons placé cette observation ici parce que, pour nous, c'est une schizonévrose.

En effet, nous éliminerons très rapidement le diagnostic de troubles caractériels simples, c'est beaucoup plus que cela. Nous ne nous arrêterons pas plus au diagnostic de personnalité psychopathique ou de névrose de caractère, à moins qu'on veuille en faire une schizoïde — elle l'est en effet en tant que personnalité régressée avec fixation narcissique et quelques fois note paranoïaque réactionnelle — mais alors il faut faire appel au concept de schizoïdie évolutive. On rejoint alors la conception de schizophrénie abortive, atténuée, ce que H. EY appelle « *schizophrenia mitis* ». Nous avons hésité, dans cette perspective, à en faire une héboïdophrène à la KALHBAUM : on retrouve en effet chez elle un fond d'apathie, l'inadaptation sociale, l'autisme morose, des alternances de périodes calmes et d'agitation impulsive, de petites imperfections mimiques qui montrent qu'il y a plus que des troubles caractériels. Mais des détails, des impressions cliniques, l'aspect évolutif nous ont ramené vers la schizonévrose.

Sur une organisation schizoïde du caractère, on retrouve, en effet, ce que nous exposons plus haut : opposition à bas bruit sous forme boudeuse, morosité, inversion de la capacité d'aimer, d'être syntone à l'ambiance, ruptures paroxystiques avec la réalité, attitudes cependant toujours compréhensibles, d'allure psychogénique au total, mais avec cette présence du processus dissociatif léger sous-jacent, qu'on ressent, qu'on devine mais qu'on ne peut qu'affirmer sans pouvoir l'isoler et donner des preuves billantes de sa présence.

Nous citerons une autre observation que nous empruntons à H. CLAUDE et B. ROBIN [9 b].

Jeanne R... est une jeune fille âgée de trente-deux ans. Une tante du côté de sa mère a été internée à l'asile de Vaucluse où elle est morte. Jeanne eut des convulsions dans l'enfance. Son caractère irascible l'empêchait de sympathiser avec les enfants de son âge. Elle était triste et solitaire, et ses parents la voyaient

souvent plongée dans de longues rêveries. On l'avait surnommée « la Princesse ». Très intelligente, très travailleuse, elle passa avec succès le brevet supérieur. Elle joue, paraît-il, merveilleusement du piano.

Vers l'âge de dix ans, elle commença à se montrer jalouse de sa sœur, qui est plus jolie qu'elle, et se détacha peu à peu de ses frères et de ses parents. Elle ne leur disait pas bonsoir, ne les embrassait pas.

Mais c'est surtout depuis deux ans que les choses ont pris des proportions vraiment troublantes et inquiétantes pour son entourage. Elle refuse d'accompagner ses parents à la promenade, où, si elle mange, c'est à la hâte, l'air hostile, n'ouvrant la bouche que pour injurier les uns ou les autres, disant « ta gueule » à sa mère, frappant sa sœur, lui arrachant les cheveux, à tel point que celle-ci a dû quitter le toit paternel pour se réfugier ailleurs. Elle déteste ses frères, à l'exception de l'aîné, qui est capitaine d'artillerie, ce qui flatte son amour-propre. Le père n'a jamais voulu laisser sa femme seule avec sa fille. Il craint un malheur. Du reste, loin qu'il soit lui-même épargné, elle ferme brusquement à son nez la porte de sa chambre pour qu'il ne puisse pas voir ce qui se passe. Si elle fait de la musique et qu'il vienne à rentrer, aussitôt elle ferme violemment le piano. Elle traite son père de gâteux, déclare qu'elle est dégoûtée de vivre avec deux vieux et, qu'un jour, elle l'empoisonnera ou le tuera à coups de révolver.

Elle entre, sans raisons apparentes, dans de violentes colères au cours desquelles elle brise la vaisselle et le mobilier. Bien qu'elle ait refusé, il y a un an, le parti qu'on lui proposait, elle vocifère que sa famille est liguée contre elle, qu'on ne veut pas la marier. Elle prétend que c'est idiot de travailler et reste toute la journée à rêver dans une chambre, qu'elle ne nettoie ni ne balaie jamais, « un vrai chenil », nous dit son père. Négligeant sa mise, qui est tout à fait en désordre, elle passe au contraire la plus grande partie de son temps à s'enduire le corps et le visage de pommades, de fards et de poudres. Il paraît qu'elle fait une consommation considérable de brosses à dents.

En raison de cette inactivité, et surtout de cette haine tenace vis-à-vis de sa famille, Jeanne a été conduite à l'asile Sainte-Anne le 24 juin 19... Mais elle ne vient qu'en rechignant dans le bureau. Elle a des mouvements d'humeur, s'assied brusquement, refuse de regarder en face, tourne le dos, se cache la tête dans ses mains, présentant un tableau très poussé d'éreutrophobie. On peut dire que nous n'avons pas encore vu le visage de notre malade. Elle s'oppose à tous les mouvements qu'on lui demande d'accomplir, se montre hostile avec tout le monde, et, si on insiste pour lui faire faire un acte, se lève brusquement, en proie à la plus vive colère, et sujette à des réactions impulsives. Ses cheveux en broussaille lui cachent les yeux et la moitié du visage. Elle a dans les mains des mouvements nerveux d'agacement et passe son temps, quand on l'interroge, à rajuster sa chevelure avec des épingles. Par intervalle, elle pleure. Elle a des réactions anxieuses, le visage contracté, les mains pressées l'une contre l'autre. Elle semble gênée, intimidée, malgré ses airs hostiles. Son esprit est concentré sur une idée ou sur un ensemble d'idées qu'elle ne veut ou ne peut livrer, et une grande activité psychique sous-jacente se laisse aisément deviner chez cette malade.

Elle s'irrite, trépigne sur place quand on insiste pour l'interroger : « Laissez-moi m'en aller, dit-elle. Non, je ne déteste pas ma famille. Mais elle ne s'occu-

paît pas de moi. Elle n'a rien fait pour me marier. J'aurais dû faire ma vie. Maintenant, tout m'est indifférent, tout m'est égal, je ne tiens plus à rien».

Cependant, on a nettement l'impression que cet aveu d'indifférence cache une affectivité intense, certes perturbée, mais non quantitativement altérée. Pendant deux mois, Jeanne est restée enfermée, boudeuse, irascible, en répondant aux questions que par monosyllabes, ne travaillant pas ou faisant quelques travaux de copie émaillés de fautes, d'omissions qui prouvent une attention suspendue. Dans l'ensemble, paraissant concentrée, méfiante et douloureuse.

Cet état s'est sensiblement amélioré depuis dix mois que nous l'observons. Elle répond plus docilement à notre interrogatoire, mais l'éreutophobie entraîne les mêmes réactions forcenées d'opposition. Elle reçoit mieux sa famille et, sans être affectueuse, n'insulte plus, ne rabroue plus, comme elle le faisait, son père et sa mère.

Dans le but de venir à bout de la réticence de la malade et de cette sorte d'inhibition qui empêche l'expression exacte, lorsque la réticence cesse momentanément, nous avons employé le procédé qui nous donne souvent, dans les cas de schizomanie et de psychoses affectives, de précieux renseignements : l'éthérisation. Pendant la phase de relâchement psychique qui suit habituellement l'anesthésie, Jeanne a répondu à quelques questions conductrices que nous lui avons posées :

« Non, je ne suis pas heureuse. Mais qu'on me laisse. Tout m'indiffère. Qu'on me laisse aller chez moi, je m'arrangerai, je travaillerai. Avant je n'osait pas, par timidité. Je ne mène pas une vie normale. » ... « On préfère ma sœur. Ça a toujours existé : ça m'est égal, je n'en veux pas à mes parents. On m'accuse de détester ma famille. Ce n'est pas parce que je suis renfermée que je ne l'aime pas. Mais mes parents ont toujours eu du parti-pris. Je ne suis pas méchante. J'en ai peut-être l'air mais je ne le suis pas. On n'a jamais rien fait pour me marier. C'est la cause de ma mauvaise humeur. J'ai eu une désillusion... j'espérais... Vous pouvez me garder cent ans, vous ne saurez rien parce qu'il n'y a rien. J'ai cru que ma vie était finie. Je ne me rendais plus compte de ce que je faisais. Je me suis laissée enfoncer. »

Une autre fois, nous lui demandons pourquoi elle se cache le visage et ne regarde jamais en face, et, après une heure d'interrogatoire pressant, elle avoue avec beaucoup de gêne :

« Je ne regarde pas de face parce que j'ai peur de rougir... Je rougis depuis l'âge de douze ans. » Ajoutons qu'elle n'a pas pris cette attitude dès l'âge de douze ans. Cette réaction est assez récente.

La malade, mise en confiance, a fini par nous avouer qu'elle avait connu avant la guerre un jeune ingénieur, ami de sa famille, avec qui elle pensait se marier. Toujours est-il qu'elle ne confia pas ses sentiments à ses parents, qui sont toujours restés dans l'ignorance de cette aventure sentimentale. Elle devint la maîtresse de ce jeune homme peu de temps avant la guerre, le revit pendant les hostilités quand il venait en permission. Leurs relations continuèrent jusqu'en 1919, date à laquelle elles prirent fin sans que Jeanne sache pourquoi, sans qu'elle ait essayé, malgré son chagrin, de revoir son amant et lui ait écrit. Il s'est marié depuis.

Profondément affectée, peu à peu elle se laissa aller au découragement, refusa de sortir, se négligea, devint haineuse à l'égard de sa famille à laquelle elle reprochait de n'avoir rien fait pour la marier, marquant d'une caractère morbide ses tendances naturelles à l'isolement, la concentration, la rêverie, à la jalousie vis-à-vis de sa sœur. Persuadée que le malentendu vague, mal formulé, qui l'avait toujours tenue à distance de ses parents ne ferait que s'accroître si elle avouait son chagrin, puisque la malade nous a dit que sa famille « ne la comprenait pas, ne l'avait jamais comprise », elle semble l'avoir mêlé au malheur qui l'a accablée, l'en avoir considérée comme responsable, pour des raisons qui peuvent être tenues pour peu valables devant la logique formelle, mais qui, dans le psychisme profond de la malade, paraissent soumises à une logique affective singulièrement serrée, si l'on en juge d'après son attitude.

Le diagnostic se déduit aisément des faits cliniques. Cette jeune fille vit depuis deux ans, par suite d'une déception sentimentale, confinée, renfermée, triste, pleurant souvent, se montrant opposante, accusant une bouderie morbide par l'extension de ses effets, la longueur des accès qui finissent par ne plus céder. Pourtant, la lucidité, la perception, l'idéation, l'activité psychique sont intactes, une volonté bien arrêtée de ne pas se livrer, de s'isoler, de s'opposer à tout ce qu'on lui demande paraît sous-tendue par de « bonnes raisons ». C'est le contraire de l'inertie et s'il y a inhibition devant l'obstacle et la déception, elle ressemble au « sperrungen » de BLEULER, phénomène dû à une concentration de type autistique. Malgré la susceptibilité de la malade, sa méfiance, sa réticence qui fait penser à une paranoïaque, il n'y a pas de construction délirante. Elle ne cherche pas à lutter, elle s'isole, se renferme — hostilité passive donc — La haine familiale n'est pas de type pervers, au contraire il y a plutôt surcharge affective.

Le diagnostic d'hébéphrèno-catatonie rallie des suffrages devant ces attitudes bizarres, une coquetterie près du maniérisme, le négativisme, la pseudo-indifférence affective, les réactions impulsives. Mais il n'y a aucune désagrégation intellectuelle, pas de discordance, tout semble motivé, contingent à un Moi profond. La constitution schizoïde est éclatante, ne l'appelait-on pas « la princesse » ?

C'est sur ce fonds que se développent les ruptures paroxystiques qui sont, en fait, de type schizonévrotique. Et l'éreutophobie est là pour donner à elle seule une teinte névrotique encore plus troublante. CLAUDE faisait de ce cas une schizomanie ; à trente-cinq ans d'intervalle, on ne peut qu'approuver, quitte maintenant à remplacer ce terme par celui de schizonévrose.

Nous emprunterons à BOREL [3] la dernière observation suivante, d'ailleurs reprise par WESTPHAL dans sa thèse [40] et qu'il désigne

sous le nom de « crise typique de bouderie chez une schizoïde constitutionnelle ».

Cette jeune fille de dix-neuf ans avait toujours présenté un caractère détestable : orgueilleuse, susceptible, coléreuse ; elle présentait dès sa plus tendre enfance des bouderies déjà anormalement longues. Jalouse d'une sœur plus âgée, elle montrait sa mauvaise humeur en partant faire de longues promenades, seule, dans la campagne. Là, coquette, elle fit de nombreuses connaissances masculines qui entraînèrent ses parents à lui défendre ces sorties solitaires.

La malade appliqua cette défense à la lettre, ne sortit plus du tout, se confinant dans sa chambre, ne prenant plus aucun soin de sa personne. Ironique, refusant de répondre aux sollicitations de son entourage, elle se laissait gaver ou bien s'opposait farouchement à toute approche. Après six mois d'évolution, ses parents la placèrent en maison de santé.

Là, tout céda au troisième jour — guérison qui se maintient depuis malgré quelques petites rechutes. Quand on l'interrogea sur les raisons de sa conduite morbide, elle répondait entre autre « que c'était plus fort qu'elle, qu'elle ne pouvait plus redevenir normale ». « Mais en somme, vous boudiez », lui demandait-on ? « Mais oui, c'est vrai, je boudais », répondit-elle, en précisant qu'en effet elle avait ressenti la même sensation que pendant les bouderies de son enfance.

Sans faire de cette malade une vraie schizophrène, on peut au moins convenir que c'est une schizoïde évolutive avec des poussées de négativisme préoccupantes. Elle est intéressante dans ce sens que l'on voit bien, comme dans notre observation personnelle, une bouderie de type réactionnelle évoluer et se colorer différemment lors de transformations processuelles de la personnalité sous-jacente.

Pour les deux autres observations de BOREL citées plus haut, la bouderie est un symptôme de la « période d'état » de leur psychose. En fait, l'anamnèse de l'enfance de R... C... et de Jeanne R... révèle des troubles du caractère et de l'humeur où on devine facilement que la réaction boudeuse devait s'y manifester. Et nous sommes persuadés qu'une étude rétrospective soignée, comme pour notre malade, aurait mis rapidement en évidence ce type de comportement dès cette époque.

Le pronostic de ces cas participe de celui de schizophrénies en général, l'évolution se faisant dans le sens d'un dépérissement avec renforcement de l'ambivalence, de la bizarrerie, de l'impénétrabilité, du détachement. Des conduites opposantes pseudo-réactionnelles, du type de la bouderie, laissent percer de plus en plus leur caractère d'attitude stéréotypée, de plus en plus vide de sens, mécanisée jusqu'au dessèchement le plus complet, dessèchement qui gagne peu à peu toute l'existence de ces malades.

Cette variété de schizophrénie nous aura beaucoup retenu, car son allure pseudo-névrotique aura permis d'observer, de suivre à la

trace, sans qu'il soit trop dénaturé et trop métabolisé par le processus, l'évolution pathologique d'un comportement de type réactionnel banal.

Précisons encore que, pour nous, il n'y a pas une frontière très nette entre bouderie et rêverie. Les deux comportements ne s'excluent pas, et bien plus qu'une coexistence, c'est souvent une symbiose. Caractère que nous avons déjà rencontré dans la bouderie réactionnelle mais qui devient encore plus net lorsque la constitution schizoïde permet et sélectionne de tels types de comportement, ou que l'organisation autistique, peu à peu établie, les fait interpénétrer jusqu'à les rendre complémentaires. Cette complémentarité, sans être à sens unique, est surtout prévalente dans le sens de bouderie-rêverie : en effet, la réaction boudeuse permet et appelle la rêverie compensatrice car, tout en alimentant les ressentiments, elle fait « gagner du temps » et, prolongeant la lutte, lui donne plus de chance d'aboutir. La rêverie, de plus, tisse une toile de fond qui va, par contraste, faire ressortir les motifs de l'opposition :

« Quand je le veux, me disait-il dans son langage, auquel les trésors du souvenir communiquaient une hâtive originalité, je tire un voile sur mes yeux. Soudain, je rentre en moi-même, et j'y trouve une chambre noire, où les accidents de la nature viennent se reproduire sous une forme plus pure que la forme sous laquelle ils sont tout d'abord apparus à mes sens extérieurs »,

ainsi s'exprimait le Louis Lambert de BALZAC.

Dans l'organisation autistique, les buts pragmatiques s'estompent, sont oubliés ; rêver devient le seul but. Mais un type de comportement s'est établi mécaniquement, la stéréotypie expressionnelle est là, et toute rêverie chez ces malades va s'accompagner de cette morosité, de ces expressions boudeuses qui se sont vidées de leur dimension réactionnelle et paraissent de moins en moins motivées du dehors. Bouderie et rêverie, comme nous le disions plus haut avec H. Ey, deviennent

« la bipolarité du caractère schizoïde, bipolarité conflictuelle où se retrouvent tous les complexes antinomiques du développement libidinal » [14],

« le syndrome pathologique du boudeur ne s'oppose pas à celui du rêveur comme le revers d'une médaille à son avers »

ainsi que le dit justement WESTPHAL.

Mais lorsqu'il ajoute plus loin que chez le boudeur

« l'abstention à la vie remplace la propension à la rêverie, qu'il ne s'agit plus de satisfaire à l'autisme en s'évadant du milieu

ambiant mais en s'opposant à lui ; que l'expression imaginative est bridée ; que les réticences, les attitudes hostiles se multiplient ; et que l'esprit et le corps s'astreignent à faire obstacle à tout ce qui entrave la réalisation du rêve entrevu » [40],

nous sommes beaucoup moins d'accord et pensons qu'il faut être moins systématique et tranchant.

Par contre, cet auteur nous emmène à envisager très justement deux stades évolutifs chez le schizophrène boudeur : les attitudes agressives et les attitudes négativistes.

Pour WESTPHAL en effet :

« Les boudeurs agressifs groupent tous les états d'opposition schizophréniques en période active. On les rencontre souvent. Ils gâtent à plaisir la quiétude de leur entourage. Il leur est impossible de s'adapter, de faire la moindre concession ; ils protestent ou bien se dérober, ou bien geignent malgré les efforts les plus louables des parents les mieux disposés. Habituellement, ils pratiquent la manière violente et vindicative. Ils finissent par se rendre intolérables ou bien deviennent tristes et butés.

« Les boudeurs négativistes, eux, se refusent à la vie. Ils s'opposent passivement à une existence qu'ils n'ont pu mener, ils inhibent, comme les rêveurs inadaptés, toute leur activité pragmatique. Ils se cantonnent au lit et finissent par négliger tout ce qui les concerne. Plus rien ne les intéresse, hormis le désir d'en finir. Et pourtant ils ne se suicident pas et rares sont ceux qui repoussent systématiquement tous les soins... Suivant la prédominance des sentiments de révolte ou de résignation, l'attitude du boudeur se modifie ; révolté : il revendique ; résigné : il s'abandonne et devient négativiste » [40].

Et, une fois de plus en ne systématisant pas trop, il nous a semblé qu'en effet on peut retrouver ces deux stades dans l'évolution de beaucoup de nos malades.

Loin de nous l'idée bien entendu de baptiser boudeur tout schizophrène. Si notre exposé en donne l'impression, c'est que, nécessairement, le fait d'étudier la bouderie nous a amené à considérer une certaine forme de schizophrénie où ce symptôme est le plus souvent rencontré ; forme marginale que certains appelleront peut-être « pseudo-schizophrénie » ou même schizophrénie « type Sechahaye » ! (H.C. RUMKE). Quoi qu'il en soit, il reste toutes les autres formes de schizophrénie.

Et, parmi elles, nous rappellerons la classique et pure catatonie où, entre les deux aspects extrêmes du négativisme et de la passivité, existe une troisième phase, expressive, caractérisée par une

extériorisation de pure façade, artificielle, non authentiquement vécue, parfois automatique et réitérative. Et parmi ces stéréotypies d'attitude, de geste, de mimique, de langage, le négativisme peut ressortir, atténué, incomplet, mais stéréotypé lui aussi, sous la forme de bouderie réticente où se mêle l'ironie de défense et même les réponses « à côté ».

## BOUDERIE ET DELIRES CHRONIQUES

Après la schizophrénie, nous abordons maintenant le deuxième groupe de ce vaste ensemble des vésanies délirantes : les délires chroniques.

Nous resterons très schématique, et nous suivrons H. Ey pour diviser ces organisations délirantes chroniques de la personnalité en deux types : les délires fantastiques (ou paraphréniques) et les délires systématiques (ou paranoïaques). Ce sont les caractères structuraux de la personnalité qui amènent ce partage naturel, comme les caractères de civilisation ont amené deux types de chefs-d'œuvre :

« La végétation baroque et luxuriante de l'architecture gothique et la rigoureuse construction du temple grec » [14].

Mais ici nous aurons surtout en vue l'état de malaise initial et croissant qui existe au début de tous les délires chroniques et où il semble que la réaction boudeuse soit le plus fréquemment rencontrée.

MAGNAN appelait cela la phase d'inquiétude. Cette phase faite rarement de passivité et de simple curiosité, le plus souvent d'un état de malaise avec éréthisme sensitif, « attitude affective fondamentale » de NODET, est en fait, en tant que premier moment fécond, la porte d'entrée à l'état de délire. Quelle que soit l'importance des troubles psycho-sensoriels, le rôle de l'intuition, de l'interprétation, de l'imagination, de l'apport onirique, c'est en fait la charge affective et les dispositions caractérielles qui vont régler et dicter la nature de l'état délirant. Quitte à ce que dans les paraphrénies il y ait de plus une cicatrice, une séquelle de processus psychotique fondamental sous-jacente.

Cependant, même si ce délire s'implante dans une situation existentielle, car « l'expérience délirante primaire est — pour si infiltrée qu'elle soit de situations réelles — l'expression d'une perturbation primordiale des rapports du moi et de son monde en tant qu'ils sont vécus comme expérience sensible actuelle », les situations réelles donc — même prises dans l'exigence d'une situation affective qui dépasse celle de l'événement — appellent des réactions du sujet et, parmi

elles, à côté d'autres comme la colère, la jalousie, etc... : la bouderie. La réaction boudeuse fait alors partie de ces troubles de l'humeur si fréquemment signalés tout au début de l'évolution d'une paraphrénie systématique ou fantastique de type kraepelinien, du délire systématisé typique avec nette prédominance, semble-t-il, pour le genre interprétatif de Sérieux et Capgras et le genre sensitif de relation de Krestschmer.

Le comportement boudeur engagé dans un tel processus va suivre son évolution, et du dehors devenir immotivé, impénétrable, se prolonger, s'étendre ou brusquement s'interrompre. Il surprendra l'entourage, sera quelquefois le seul signe, le seul trouble pour une courte période. Il est l'apanage des états délirants où la personnalité se sent menacée, agressée, gardant ainsi ses qualités de comportement réactionnel à une situation d'infériorité.

Par exemple, dans la paraphrénie systématique avec ce développement insidieux d'un délire de persécution progressif, le sujet commencera par bouder ce monde hostile et menaçant jusqu'au jour où les idées de grandeur, la systématisation, rendront ce comportement inopportun, inadapté, parce que la personnalité s'est revalorisée, a quitté sa situation d'infériorité grâce aux constructions délirantes.

De même dans la paraphrénie fantastique, devant cette production luxuriante, extraordinairement étrange de représentations délirantes, décousues et mobiles, le malade est abattu, taciturne, découragé. Et les idées de persécution surgissent : « On le remarque, on se moque de lui, on lui fait des tracasseries continuelles. » La réaction boudeuse est légitime. Elle peut rester possible longtemps, jusqu'au jour où, dans ce chaos impénétrable, on ne sache plus donner un sens, du dehors, au comportement de ce malade.

Nous passerons rapidement sur le délire en réseau du type interprétatif de Sérieux et Capgras, où la bouderie peut survenir pendant la phase initiale de doute et de mystère (la survenue de la systématisation claire et définitive là encore excluant ce type de comportement), pour nous arrêter un peu plus sur le délire sensitif de relation krestschmérien. Ce délire, décrit par SÉRIEUX et CAPGRAS sous le nom de « délire d'interprétation hyposthénique », est le fait de sujets anxieux, scrupuleux, plus timides et tourmentés que rigides et sthéniques : le Salavin du roman de DUHAMEL les incarne assez bien. Leur sensibilité très vulnérable, leur éthique scrupuleuse font que ces sujets vivent dans une tension sentimentale extrême, sans cesse sollicités par les introspections et ruminations mentales. Toujours dans l'insécurité, ils vivent dans la crainte continuelle du mal qu'on peut leur faire ou de celui qu'ils peuvent commettre.

On comprend que la bouderie ait sa place dans un tel comportement et qu'elle puisse être encore là au moment où survient l'événement qui va cristalliser le délire : le délire, né de la situation humiliante ou opprimante, est un véritable mécanisme de compensation, la psychose sensitive représentant l'exacerbation de traits caractériels. La bouderie est un des traits, qui supporte le mieux cette transformation « a minima » par un processus hyposthénique, et c'est ainsi qu'on peut la rencontrer tout au long de l'évolution du délire de relation.

Il ne semble pas que l'âge adulte apporte des modifications sensibles à ce que nous avons expliqué plus haut quant aux rapports du comportement boudeur avec des entités morbides telles que la psychose maniaco-dépressive ou les troubles psychiques liés à l'épilepsie. Aussi nous n'y reviendrons pas ici.

## BOUDERIE ET NEVROSE

De même nous ne reprendrons pas ce que nous avons dit au chapitre de l'enfance au sujet de l'incorporation de la réaction boudeuse dans un comportement névrotique qu'il soit de type obsessionnel, phobique, asthénique, etc. Car il est bien entendu que le rôle des influences psychiques du milieu infantile est ici primordial, ainsi retrouvera-t-on à l'âge adulte l'hyperexcitabilité de fonds et surtout l'hyperémotivité. Emotivité endogène non justifiée par les événements chez les anxieux ; timidité, scrupule et sentiment d'infériorité chez les phobiques et les obsédés ; émotivité de surface plus vaniteuse que sincère chez les hystériques, qui vont préparer, pré-régler une série de situations comportementales où la bouderie aura sa place de réaction encore compréhensible, réaction liée donc à un développement anormal de la personnalité.

Ceci dit, rien ne nous empêche plus de passer à la période suivante, c'est-à-dire à la sénilité.

## VI. — PRÉ-SÉNILITÉ ET SÉNILITÉ

Au déclin de l'âge d'ur, avant la sénilité confirmée, les troubles de l'affectivité et de l'humeur sont fréquents. L'homme qui vieillit ne voit pas s'estomper sa jeunesse sans tristesse, regrets et déceptions.

On parle beaucoup de « neurasthénie de la cinquantaine » où l'attitude boudeuse n'est pas rare, exprimant la méfiance excessive vis-à-vis de l'entourage, la condamnation des idées ou de mœurs nouvelles.

misonéisme qui peut annoncer la véritable jalousie morbide où les idées de préjudice injustifiées.

Mais nous insisterons surtout sur les involutions pré-séniles anticipées de sujets encore jeunes qui semblent avoir épuisé en peu d'années un capital vital insuffisant. La forme boudeuse de ces états déficitaires révèle alors la conscience aiguë qu'en ont ces sujets, une tentative grossière de dissimuler cette « fausse neurasthénie » par insuffisance où l'appoint alcoolique n'est pas exceptionnel.

A côté de ces troubles encore légers, peuvent apparaître des accidents majeurs, en particulier la mélancolie dite « d'involution ». Outre que l'accès boudeur peut annoncer l'épisode dépressif, avec les mêmes modalités que nous avons exposées plus haut au sujet de la psychose maniaco-dépressive, il se prolonge, s'accroît le plus souvent et peut ainsi donner une teinte bien spéciale à l'épisode. C'est peut-être la forme délirante qui est la plus susceptible d'en être infiltrée. Nous rappellerons ici la classique mélancolie pré-sénile maligne de Halberstadt où la méchanceté et l'agressivité foncière s'allient chez un sujet qui sait employer avec combien de finesse et d'efficacité le levier puissant du comportement boudeur.

Cette malignité nous amène tout naturellement à aborder les délires chroniques qui à cette époque comportent souvent un fond persécutif, érotique et mégalomane. On a décrit ainsi une paranoïa tardive, involutive (KLEIST). Ces délires pauvres, hyposthéniques, souvent d'évolution intra-familiale, emploient des moyens à leur portée et, parmi eux, le comportement boudeur, avec sa morosité prolongée, qui laisse planer les sous-entendus térébrants, à une place de choix.

Mais à côté de ces états délirants tardifs, il faut savoir aussi, qu'au moment de l'involution, certaines psychoses actives de l'adulte perdent de leur acuité et tendent à s'assoupir. Il en est ainsi de certains délires chroniques dont les réactions s'émoussent et dont les thèmes s'appauvrissent et tendent à la stéréotypie. Le ralentissement intellectuel leur vaut un apaisement apparent. Cet apaisement prend parfois une allure d'opposition sourde, à bas bruit, avec installation d'un état de morosité boudeuse et prolongée. Et il faut savoir rechercher sous cette façade, pleine de réticence, les résidus délirants.

Dans la période de sénilité confirmée, il y a accentuation des troubles de l'humeur, que nous avons décrits plus haut à la période pré-sénile, à moins que, les troubles n'apparaissant qu'à cette époque, l'évolution soit, de ce fait, beaucoup plus rapide. Dans cette courte phase initiale (auto-observation de J.-J. ROUSSEAU) où les troubles de l'émotivité sont très apparents et encore motivés (sensiblerie, anaphylaxie morale, anxiété, peur de l'avenir), la bouderie fait souvent son

apparition. Mais très rapidement tout est gâté par un puérilisme envahissant, une incongruité de tous les instants. La démence sénile s'installe avec son cortège fait de ruine intellectuelle et d'absence du contact réel avec l'ambiance ; enlevant à tout comportement une signification quelconque.

---

### CHAPITRE III

## BOUDERIE ET ETATS D'ARRIERATION INTELLECTUELLE BOUDERIE ET PROCESSUS ORGANIQUES

---

Ce que nous allons exposer ici est le fruit d'une étude faite en milieu psychiatrique fermé, dans une collectivité d'enfants, où sont groupés des arriérés profonds des deux sexes, des débiles de tous niveaux et des états d'insuffisance intellectuelle associés à l'épilepsie et à des troubles caractériels.

Cette étude s'est enfin inspirée largement d'une étude comparable — mais envisageant la réaction d'opposition dans son ensemble — faite par BUGE, MISES et DOUTRIAUX [7].

En fin de chapitre, nous dirons quelques mots de la bouderie morbide survenant au début ou au cours de processus organiques.

### I. — BOUDERIE ET ETATS D'ARRIÉRATION INTELLECTUELLE

Le niveau mental et surtout les troubles associés donnent une symptomatologie variable à toute réaction d'opposition, comme l'avaient souligné HEUYER et DUBLINEAU.

— Chez l'arriéré profond, du niveau de l'idiotie, on ne saurait sans excès qualifier de réaction d'opposition et encore moins de bouderie, des manifestations globales, indifférenciées, où s'associent les comportements moteurs les plus primitifs et des signes végétatifs. C'est une réaction globale éclatant à l'occasion de l'examen médical ou d'une insatisfaction quelconque, quelquefois sans raison apparente.

— Dans les états d'arriération, du niveau de l'imbécillité, ou de la débilité profonde, toute réaction d'opposition est pauvre, monotone, stéréotypée, survenant rarement par volonté consciente mais le plus

souvent par persévération, jalousie ou désarroi devant l'effort demandé. La volonté consciente d'opposition existe chez le débile simple, mais il faut qu'il évolue dans une situation déjà connue où les différents acteurs ont leur rôle précisé par des expériences antérieures. Elles sont rares et il s'agira presque toujours de réactions très élémentaires n'exigeant pas une conscience tant soit peu développée de sa personne et de la situation où elle est engagée. Dans le cas le plus simple, le sujet n'ayant pas compris la tâche demandée, répétera indéfiniment l'occupation antérieure, l'air buté, sombre. Le plus souvent, l'opposition est en rapport avec des facteurs affectifs, qu'il s'agisse de l'antipathie ressentie à l'égard de l'infirmière ou de la maîtresse, ou de la jalousie, mobile extrêmement fréquent dans ce milieu collectif où les besoins affectifs de l'enfant sont si mal satisfaits.

Bien entendu, les circonstances et surtout le caractère de l'enfant détermineront le mode de réalisation. A côté d'une opposition active, faite de refus net d'accomplir un travail ou de se plier à une discipline, de réactions verbales, de colères violentes avec parfois accès de fureur, il existe une opposition passive avec soumission apparente, bouderie, refuge dans le mutisme et la rêverie. Mais cette bouderie, comme le reste du comportement, est pauvre, rudimentaire, stéréotypée, étroitement liée aux possibilités intellectuelles du sujet. Elle s'intrique ou alterne avec des périodes plus actives. Nous empruntons à BUGE, MISES et DOUTRIAUX l'observation suivante [7].

Annick est une mongolienne de dix ans. Ses parents et ses deux sœurs sont bien portants. Elle tient sa tête à un an, assise à deux ans, marche à trois ans, en même temps qu'apparaissent les premiers mots. La propreté est acquise à cinq ans. Après trois ans de nourrice, elle entre dans le service à six ans. Actuellement, Q.I. : 41 (Terman). Gentille et affectueuse, elle traverse des périodes d'opposition passive au cours desquelles elle se borne à poursuivre l'occupation commencée avec une persévération telle que ni les observations, ni les incitations les plus vives ne peuvent l'en distraire. Dans une attitude de bouderie silencieuse, renfermée sur elle-même, elle s'isole complètement du groupe. En fait, elle est parfaitement consciente des sollicitations dont elle est l'objet et cette attitude ne saurait être confondue avec une manifestations de la série schizophrénique.

### Nous y ajouterons une observation personnelle :

Monique, quatorze ans, est dans le service depuis huit ans. Sa famille désunie, elle est confiée ainsi que ses deux frères à un orphelinat. Actuellement, Q.I. : 60 (Terman). Elle n'a pu s'adapter que très difficilement à un groupe structuré tel que la classe. Acquisitions scolaires médiocres. Timide, mais non inhibée dans les bonnes périodes, elle a de la grâce dans les gestes. Elle reste énéurétique de temps à autre. Depuis deux ans environ, sont apparues des périodes de bouderie prolongées : elle reste au lit le matin, se cache sous les couvertures. Ou bien dans

la journée se met sous la table, la tête dans les mains. Il y a quelques mois, ces épisodes étaient totalement immotivés et s'accompagnaient de sourires mal adaptés. On a pensé à une évolution psychotique sous-jacente. Depuis quelques semaines, il y a une amélioration et le comportement boudeur, toujours aussi présent, est mieux adapté, plus réactionnel.

Dans les états d'arriération associés à des troubles notables du caractère, deux grands groupes sont à considérer.

Tantôt le niveau intellectuel est très bas et les troubles du caractère gardent la même allure que précédemment. On note seulement leur déclenchement plus facile, leur durée prolongée, leur violence et souvent la persistance en dehors des accès d'une attitude opposante qui peut alors prendre l'aspect d'une bouderie permanente. Attitude « économique » qui, de ce fait, peut se prolonger à moindre frais, cette bouderie est souvent entrecoupée de périodes de subexcitation avec taquinerie et malignité.

Tantôt l'état d'insuffisance intellectuelle est moins marqué. Le comportement est alors beaucoup plus celui d'un caractériel à tendances perverses pleines de malignité, de désir de nuire que celui de débile. A l'intérieur de périodes d'opposition bien organisées, durables, avec souvent rôle inducteur vis-à-vis des enfants moins doués, éclatent des accès boudeurs soit envers le personnel soignant qui détient l'autorité, soit au contraire envers les sujets subiugués et qui ont essayé d'atteindre le prestige du « meneur ». Pour reconquérir sa maîtrise, les méthodes violentes étant difficilement dissimulables, une bouderie, qui prive le « clan » d'une présence agissante, est souvent aussi efficace et comporte bien moins de risque.

Dans les états d'insuffisance intellectuelle associés à l'épilepsie, la réaction d'opposition est classiquement violente, non contrôlée, dangereusement impulsive. L'insuffisance intellectuelle joue un rôle de facilitation dans le déclenchement de ces accès. Mais chez ces sujets, les facteurs affectifs jouent un rôle important, en particulier le sentiment d'infériorité, les réactions du groupe aux crises et, souvent, l'attitude de revendication affective insatisfaite. C'est pour cela que l'on voit apparaître chez ces sujets la réaction boudeuse beaucoup plus souvent que ne le laisserait supposer leur « renommée » d'épileptique. Mais c'est une bouderie bien particulière, toute imprégnée de cette activité « visqueuse et collante », de cette adhérence qui persiste même dans un comportement qui veut être une rupture.

Il nous reste enfin à envisager les insuffisances intellectuelles avec troubles affectifs importants, qui sont surtout l'apanage d'enfants fixés depuis longtemps dans un milieu hospitalier. Les manifestations liées aux carences éducatives et aux besoins affectifs insatisfaits modifient

alors considérablement le tableau. La jalousie, les attitudes de revendication affective, l'accrochage aux adultes, la recherche anxieuse de fonctions revalorisantes, deviendront essentiels dans l'apparition des réactions d'opposition et de la bouderie bien entendu. Souvent d'ailleurs, dans un tel tableau, les besoins affectifs internes et l'anxiété, liée à la séparation, donnent une tonalité particulière où le déficit intellectuel apparaît étroitement lié à l'immaturation affective. On est tenté de décrire ces enfants comme des « pseudo-débiles ».

Nous citerons là une autre observation personnelle :

Michèle, âgée de seize ans, est dans le service depuis cinq mois. Enfant naturelle légitimée par le mariage de sa mère. Placée en pouponnière, puis en nourrice. Retard important de la dentition, de la marche et de l'acquisition de la parole. Elle avait sept ans quand sa mère décida à la prendre, mais de graves difficultés scolaires la lassèrent et elle la confia à d'autres institutions.

C'était une enfant affectueuse, ne donnant pas de difficulté particulière de conduite, cependant elle aimait déjà qu'on lui témoigne de l'intérêt et pour cela fabulait quelquefois. Reprise une nouvelle fois par sa mère, elle alla d'échec en échec : en classe, puis placée comme petite bonne, puis au cours ménager. Très anxieuse, ne s'adaptant pas au travail de groupe, très lente dans la compréhension et l'action, elle recommençait sans cesse son travail, demandant constamment si ce qu'elle venait de faire était bien fait. Brusquement, en 1958, sa mère avertie par des voisins que sa fille sortait souvent en compagnie masculine, décida de la placer au Bon-Pasteur. Elle y fit différents ateliers sans succès. Et surtout se fit remarquer par différents troubles du comportement à type d'opposition passive ; elle restait de longues heures dans un coin, pensive, refusant tout contact avec une moue boudeuse ; elle était très malpropre, faisant sa toilette en frottant par exemple la même portion d'un bras ou d'une jambe pendant dix minutes ; elle souillait volontairement certains de ses vêtements (et même une fois ceux d'une religieuse).

Dans le service, le comportement d'ensemble de Michèle est à peu près compréhensible uniquement à partir de l'insuffisance mentale : Q.I., 55 (Terman), cependant les troubles affectifs sont patents et ajoutent leurs effets à une débilité déjà importante. On note de la passivité, une certaine lourdeur et lenteur de tout le comportement, une importunité à base de désir de valorisation et de recherche de l'assentiment des adultes. Il n'y a pas d'agressivité non contrôlée.

Les bouderies sont nombreuses, se reproduisant plusieurs fois dans la même journée. Soit d'allure réactionnelle, soit simple attitude qui cherche à attirer l'attention. S'il y a refus d'aliment, c'est par crainte de grossir.

Pas de curiosité ni d'initiative sexuelle. Au point de vue affectif et rapports inter-humains, il y a une difficulté manifeste à entrer en relation avec incapacité d'accrochage électif. Michèle n'est pas indifférente mais très égocentrique avec un narcissisme fait de vanité exprimée. Si elle s'accroche à une tâche, c'est dans la mesure où elle va en tirer un bénéfice de valorisation. Elle réussit des tâches très simples : « faire des courses », mais la pauvreté des intérêts éclate aux yeux.

Le conflit mère-fille est toujours actif. Cette mère est de caractère extrêmement structuré et exclusif, dominée par une culpabilité très manifeste : elle n'a

d'ailleurs pas saisi la situation sur le plan psychologique. Sa demande de correction paternelle n'est que la projection de sa culpabilité de fille-mère. Par ailleurs, Michèle ne présente aucun élément discordant de caractère psychotique.

Voici donc exposés brièvement quelques cas de réactions boudeuses chez des arriérés en collectivité. Si les réactions d'opposition active peuvent perturber gravement l'ensemble du groupe, par contre la réaction boudeuse passe le plus souvent inaperçue et surtout de la part des arriérés les plus profonds, pour lesquels un tel comportement, déjà différencié, n'a aucun sens. Il n'y a guère que la malignité de certains débiles caractériels qui soit à craindre.

Ce que nous venons d'exposer au sujet des arriérés jeunes reste valable à l'âge adulte. La bouderie étant durant toute la vie du débile une possibilité de comportement, comportement puéril en accord avec leur structuration mentale et avec leur situation d'assistance et de dépendance.

## II. — BOUDERIE SYMPTOMATIQUE DE PROCESSUS ORGANIQUES

Il est évident que toute psychose est le fait d'un bouleversement somato-psychique et ce n'est donc que par un artifice, dont nous sommes conscients, et parce qu'ici nous allons faire état d'un processus étiologique connu ou plausible, que nous isolons cette bouderie symptomatique.

Ce processus était connu dans les états séniles ou les états d'arriération, mais on ne les a pas réunis ici, par commodité d'exposé.

Malgré la longueur de ces précautions introductives, notre exposé ne sera en fait qu'une brève énumération de maladies organiques où classiquement les troubles de l'humeur sont présents, surtout en début d'évolution, et où, parmi ces troubles de l'humeur, peut survenir une période de bouderie.

Citons la méningite tuberculeuse, de l'enfant en particulier, la paralysie générale à ses débuts, le syndrome de Korsakoff, les traumatismes crâniens dans leurs suites lointaines, les atteintes du lobe frontale, semble-t-il, que ce soit par une tumeur crânienne, une maladie de Morgani-Morel, etc. Dans ces formes, bouderie et moria peuvent se succéder, alterner ou même s'intriquer, donnant un tableau clinique original.

## *Troisième partie*

---

# LA BOUDERIE

## PATHOGENIE, PHENOMENOLOGIE ET THERAPEUTIQUE

*« Dans la société, c'est la raison qui plie la première. Les plus sages sont souvent menés par le plus fou et le plus bizarre : l'on étudie son faible, son humeur, ses caprices, l'on s'y accommode; l'on évite de le heurter, tout le monde lui cède; la moindre sérénité qui paraît sur son visage lui attire des éloges : on lui tient compte de n'être pas toujours insupportable. Il est craint, ménagé, obéi, quelquefois aimé. »*

LA BRUYÈRE (Les Caractères)

*Dans cette troisième et dernière partie de notre travail, nous envisagerons successivement les grandes lignes de force suivant lesquelles peut survenir la réaction boudeuse, ce sera le chapitre I ou pathogénie, puis nous passerons à une perspective pratiquement opposée, « la vision des essences », ce sera notre exposé phénoménologique du chapitre II ; enfin, dans le chapitre III, nous résumerons nos vues de thérapeute après avoir dit quelques mots sur les réactions spontanées de l'entourage du boudeur.*

## CHAPITRE I

### PERSPECTIVES PATHOGENIQUES

---

Comme le dit Kurt LEWIN. « Sans théorie, il n'est pas possible, en psychologie comme en toute autre science, d'aller plus loin que le simple collationnement et la description des faits qui n'ont pas de valeur prédictive. »

Ce chapitre comportera trois parties :

Dans la première, nous essayerons d'exposer, d'ailleurs brièvement, des vues « théoriques » sur la genèse de l'opposition boudeuse de type réactionnel. Successivement, nous exposerons les vues de la psychologie, que l'on a coutume de qualifier de « classique », puis celles des quatre écoles actuelles susceptibles d'offrir des conceptions d'ensemble et d'apporter leur lumière sur ce comportement.

Dans la deuxième partie du chapitre, nous exposerons une vue pathogénique ou plutôt psychogénétique d'une certaine bouderie morbide, pour nous la principale, celle qui accompagne le processus schizophrénique.

Enfin, dans une brève troisième partie, nous dirons quelques mots sur les précisions de détail que le test de Rorschach peut apporter quant au mécanisme de la réaction boudeuse.

\* \*

En introduction à ce chapitre, nous nous sommes posés la question de savoir si la bouderie, comportement original, est un comportement réservé à l'homme « exclusivement » ? Si le fait de traiter tel animal familier de boudeur n'est qu'une position anthropomorphique ?

Nous rappellerons avec HÉDIGER que

« l'interprétation des manifestations expressives animales n'est pas toujours aisée. Ce n'est pas une simple coïncidence non plus que les plus grosses erreurs du siècle, en psychologie animale, se ramènent finalement à de fausses interprétations d'expressions animales » [19].

Pourtant nous avons pu observer longuement un chien, setter irlandais de deux ans, qui présente indubitablement un comportement boudeur bien structuré et très peu stéréotypé. Très attaché à sa maîtresse et habitué aux personnes qui composent le milieu familial où il vit, il supporte difficilement les étrangers qui prennent trop d'importance auprès d'elle. Il a boudé ainsi à plusieurs reprises lorsque sa maîtresse le laisse seul le soir pour aller au spectacle avec son fiancé. Ces bouderies, faites de refuge dans un coin de pièce, refus du regard, des caresses, du jeu, cessent difficilement et, le lendemain, ce chien refuse la nourriture et se détend, non pas avec des caresses, mais après une séance de jeu dans le jardin.

Ce comportement ne doit pas nous étonner puisqu'un autre type de comportement aussi différencié, sinon plus, que la bouderie est signalé par de nombreux auteurs, nous voulons dire la simulation HÉDIGER écrit à ce sujet :

« La stimulation n'est pas exclue chez les animaux qui ont été "gâtés" par d'étroites relations avec l'homme, c'est-à-dire chez les animaux dressés ou domestiqués. C'est ce que rapporte E. FRANDRIGER quand il parle de chiens qui simulent la faiblesse ou la boiterie au moment où ils doivent travailler » [19].

D'ailleurs, toujours avec le chien cité plus haut, nous avons pu observer des inter-réactions très fines entre l'entourage et l'animal, véritable inter-caractérologie où ce dernier souffre des mésententes familiales, même dissimulées, boude la personne qu'il « juge » en faute. D'ailleurs, bien

« des animaux, en particulier les mammifères, possèdent une capacité extraordinairement développée d'interprétation des manifestations expressives de l'homme, dans ses moindres nuances » [19].

Reste à savoir si ce comportement boudeur est un « produit de culture », nous voulons dire que la question se pose de savoir si ce chien boude parce qu'il est domestiqué ? Le même comportement se retrouve-t-il chez les mêmes animaux à l'état sauvage ?

## I. — PERSPECTIVES PATHOGÉNIQUES DE LA BOUDERIE RÉACTIONNELLE

### 1. LE POINT DE VUE DE LA PSYCHOLOGIE CLASSIQUE

Ce point de vue est, pensons-nous, magistralement exposé par R. ALLENDY que nous citerons longuement ici :

« Dans leur aspect négatif, les instincts sociaux ont pour effet de freiner ou d'annuler les impulsions senties comme dangereuses

ou condamnables. L'éducation cultive méthodiquement ces réflexes nouveaux. On apprend quelquefois aux enfants, dans les bonnes familles, à dominer leur colère en s'imposant une immobilité relative, une élocution ralentie, etc. Déjà la nature a appris à tous les êtres qui nous ont précédés la nécessité de mesurer leurs forces avant d'attaquer ou de différer leur action jusqu'au moment propice. La civilisation consiste, pour une bonne part, dans la culture de l'instinct d'inhibition.

« Or, chaque fois qu'une violente impulsion a été ainsi coupée, l'énergie qui l'anime se trouve comme suspendue et l'affect qui l'a suscitée conserve sa charge. Alors que l'expression d'un sentiment fait très vite tomber la tension (le coléreux se calme vite après avoir cassé quelques objets ou proféré quelques cris), l'affect dont l'effet a été entravé par les mécanismes freinateurs demeure intense. Sans doute, les pensées formulées tacitement, certaines crispations d'impatience, en diminuent l'intensité petit à petit, dans une mesure chaque fois imperceptible, mais l'impulsion peut mettre des jours ou des semaines à tomber. Ici joue ce que nous avons appelé la loi de continuité à propos des instincts, elle semble valable pour toute la mécanique affective.

« La bouderie représente un mouvement de colère ou de haine arrêté dans son expression immédiate, en quelque sorte crampé, une force qui continue à être freinée parce qu'elle n'est pas épuisée et qu'elle exploserait si le frein cessait d'agir. Il peut arriver que la bouderie suive un accès de colère manifestée, mais dans ce cas on trouve que la colère n'a pas épuisé le sentiment parce que, généralement, l'objet en était déplacé, la vraie revendication restant informulée.

« La bouderie est une sorte d'inhibition. Un sujet sûr de lui-même peut masquer cette tension sous une compensation ou une feinte : le boudeur ne le peut pas ; il n'en a pas la force. Incapable de faire machine arrière ou de débrayer le moteur, il conserve ses freins bloqués et ne peut plus bouger.

« Tel est du moins le point de départ de la bouderie. C'est un arrêt au point mort d'un caractère assez particulier, puisqu'il suppose une équivalence exacte entre les forces d'agression et les forces d'inhibition. Reste à savoir pourquoi il tend à durer et à se reproduire. La raison en est que l'attitude de bouderie, une fois réalisée, devient susceptible d'utilisation secondaire.

« D'abord la bouderie représente une protestation permise.

« Bien plus, boudier c'est devenir pour l'entourage un reproche muet ; c'est l'accuser tacitement en lui signifiant que le lien de confiance, de sympathie est coupé et qu'il ne doit plus compter sur de bons sentiments de la part du sujet.

« En outre, la bouderie représente un moyen de se rendre intéressant, de s'imposer à l'attention, de simuler de grandioses infortunes alors que l'exposé franc des griefs serait banal et plat.

« Grâce à ces utilisations secondaires, la bouderie devient vite un moyen de pression sur l'entourage et son emploi, si peu qu'il ait réussi ou même qu'il ait donné l'espoir de réussir, devient vite un système, un procédé économisant les forces d'expression et augmentant éventuellement le rendement voulu dans les relations avec autrui » [2].

Nous n'insisterons pas plus longuement et d'ailleurs nous avons déjà abordé le sujet, quoique avec une autre perspective, dans la deuxième partie du chapitre I (Première partie).

Nous passerons donc aux explications données par les quatre écoles contemporaines : deux font état de leur objectivité et se réclament de l'observation et de l'expérimentation : l'école réflexologique et la gestalt-théorie ; deux autres revendiquent l'exploration de l'inconscient : l'individual-psychologie adlérienne et la psychanalyse freudienne.

## 2. POINT DE VUE RÉFLEXOLOGIQUE

L'école pawlovienne ne s'est pas fait faute d'aborder ces questions de trouble du comportement. Il ne semble pas qu'elle ait abordé directement la bouderie, mais plus généralement les réactions d'opposition. D'ailleurs l'expérimentation ne peut être menée d'une façon précise en ces domaines complexes et nombre de conclusions ne sont en réalité que des extrapolations.

ISCHLONDSKY a cherché dans le jeu de l'excitation et de l'inhibition corticales, dans le phénomène dit de l'induction, la base de règles éducatives. WINTSCH rapporte

« on trouve à fréquenter beaucoup d'enfants, des normaux, puis des enfants qui ont donné lieu à des plaintes, à cause de troubles de conduites, les liens qu'a indiqués PAWLOV entre les incitants, excitants ou stimulants, subis et la couleur des réactions. Le lien est si certain, ajoute-t-il, qu'on peut, dans de nombreux cas, prévoir ce qui va se passer. En tout cas, à considérer les conditions d'une bonne pédagogie, la régularité des avis, leur répétition judicieuse dans la patience et le calme, l'égalité d'humeur de l'incitateur donnant une direction constante, on s'aperçoit que ce sont là les règles trouvées par les psychologues pour l'établissement de leurs réflexes ».

Il semble donc qu'on ait converti les règles du bon sens en langage réflexologique et que, comme Monsieur Jourdain faisait de la prose, on fait de la réflexologie sans le savoir.

### 3. POINT DE VUE DE LA « GESTALTTHEORIE » ET DE L'ÉCOLE DE Kurt LEWIN

Les perspectives qu'offrent ces écoles sont plus nouvelles et plus fécondes. Le type de comportement de l'individu — ici la bouderie — est fonction de la personne et du milieu, nous l'avons déjà bien démontré. Ce qui est plus séduisant, plus scientifique, c'est que la personne dans son milieu constitue un champ psychologique.

Il faut d'abord délimiter ce champ ; ces limites, ce sera les conditions socio-économiques et les caractères physiques du sujet entre autres. Puis il faut représenter correctement ce champ tel qu'il se présente à l'individu à un moment particulier. Trois éléments sont alors à considérer :

1° Les forces psychologiques exprimant les tendances à agir dans certaines directions. Elles peuvent être positives ou attractives, négatives ou répulsives. Les forces positives sont toujours plus fortes que les négatives. Elles peuvent être personnelles, venant du propre désir du sujet, ou induites, émanant de l'autorité.

2° La position de la personne dans le champ psychologique, dépendant de la position relative des différentes zones dans lesquelles le sujet pourrait entrer. La tendance normale est à l'adaptation, l'individu conformant son comportement à celui des autres personnes, les difficultés n'apparaissent que s'il est dans une zone limite.

3° La puissance de la situation se rapportant au poids d'une certaine zone vitale du sujet par rapport à une autre.

Reprenons ceci sur un exemple. Un enfant veut aller se promener, sa mère lui refuse l'autorisation :

- les forces en présence sont opposées : force positive personnelle, force négative induite par la personne détentrice de l'autorité. Il en résulte une tension psychologique insupportable qui doit se résoudre ;
- plaçons le sujet dans le champ : l'enfant n'aime pas sa mère par exemple ;
- puissance de la situation : l'enfant sous-estime la force négative induite et sort.

Ceci est un exemple, mais voyons le grand nombre de situations possibles. Par exemple, s'il aime sa mère, il se soumettra à son autorité. S'il n'aime pas sa mère, mais si l'autorité de cette dernière est faible, ou si l'enfant peut espérer une alliance d'une autre force (rôle de la dissociation familiale par exemple), il refusera d'obéir.

Si l'autorité est très forte et que néanmoins il la refuse, il ne lui restera que la fugue, qu'il s'agisse d'une fugue réelle, active, ou une fugue virtuelle qui n'est qu'un refuge dans l'imagination, activité régressive qui peut très bien comporter de la bouderie.

Au total, cette théorie du champ psychologique ne nous offre pas une explication à tout faire, mais en tous cas une méthode de travail et d'exploration qui nous a paru pleine d'intérêt.

#### 4. POINT DE VUE DE L'INDIVIDUAL-PSYCHOLOGIE ADLÉRIENNE

Alors que le freudisme est centré sur la notion de « libido », la conception d'ADLER est basée sur la « volonté de puissance ». ADLER avait observé qu'un individu mal constitué, soit physiquement, soit mentalement, ou encore défavorisé par le sort, la fortune, etc., éprouve, quand il prend conscience de cette situation, un vif sentiment d'infériorité. Quand il s'installe à demeure, ce sentiment d'infériorité tend normalement à entraîner un comportement adéquat, de rééquilibration, de compensation. Certains sujets n'ont pas en eux-mêmes la force suffisante pour réagir et ne compensent pas, ce sont les « faibles », les ratés de l'existence, vaincus d'avance, dont bon nombre se « réfugient » dans la maladie et la névrose.

Parmi ceux qui compensent, les uns le font dans un sens favorable (du point de vue de la société du moins et aussi, dans la règle, de leurs véritables intérêts), ils surcompensent même, les autres compensent d'une façon qui les oppose à leurs intérêts bien compris, tels qu'on peut en juger du dehors, ou à leur milieu, à la société. C'est parmi ces compensations ratées ou déviées qu'on rencontre les opposants boudeurs.

ADLER a insisté sur le fait que le sentiment d'infériorité est « l'état normal de l'enfant ». Quand il compare ses faiblesses à la force des adultes, celle de son père en particulier, qui lui paraît illimitée, l'enfant ne peut pas manquer de se sentir inférieur et ce sentiment suscite en lui l'ambition d'égaliser son idole, voire de le dépasser. Beaucoup de réactions d'opposition de l'enfant ne sont que des affirmations de sa virilité.

La bouderie est une affirmation décapitée, une tentative qui a échoué mais une tentative quand même. La transposition de cette situation infantile sur le plan du groupe extra-familial, voire de la société en général est facile. Nous n'insisterons pas plus sur les horizons ainsi ouverts.

Terminons plutôt sur la notion, bien mise en évidence par cette école, d'une insatisfaction foncière, d'un état d'insécurité et d'angoisse

à la base des réactions d'opposition, de la bouderie en particulier. Ceci confirme ce que nous avons déjà souligné au cours des chapitres précédents.

## 5. POINT DE VUE DE LA PSYCHANALYSE FREUDIENNE

Il semble, en définitive, que ce soit la psychanalyse qui, aujourd'hui, nous donne sur la genèse de la réaction boudeuse les lumières les plus intéressantes et les plus précises.

Il serait superflu et fastidieux de rappeler les théories psychanalytiques dans leurs grandes lignes. Chacun connaît la structure topologique classique du « Ça », du « Moi » et du « Surmoi », ainsi que les stades principaux du développement affectif : stade oral, sadique-anal et génital avec le « complexe d'Œdipe ». L'évolution affective de l'enfant, pour se faire harmonieusement, doit passer successivement par une suite de stades, pour culminer à l'autonomisation de la personnalité adulte. En principe, l'amorce d'un nouveau stade coïncide avec l'abandon progressif du précédent. Toute perturbation endogène ou exogène peut gêner cette évolution. Elle peut créer un état passager de déséquilibre qui devrait pouvoir se résoudre par la fonction synthétique du « Moi ».

En effet, le « Moi » a pour fonction le maintien du bon équilibre de la personnalité. Dans les phases de mauvais équilibre, on note l'apparition des symptômes, par exemple, la mauvaise humeur boudeuse, ou une agressivité plus ouverte, et ce n'est en fait que le signe extérieur d'un état perturbé.

Pour aller plus avant, ce qui nous semble possible, c'est d'utiliser les éléments de connaissance de la psychanalyse pour essayer de définir les tensions affectives en jeu dans la genèse de l'opposition boudeuse. La menace qui pèse sur l'enfant dans les stades pré-œdipiens, c'est l'insécurité qui confine à l'angoisse. Si la personnalité se défend, l'agressivité se manifeste mais sous forme indifférenciée, sous-tendue par un « Moi » mal structuré ; c'est ainsi qu'à ces stades, la bouderie est rare, fugitive, comme nous l'avons vu.

De l'Œdipe à la puberté y comprise, l'insécurité est différente et l'aspect réactionnel de l'agressivité plus manifeste, fonction d'un « Moi » mieux structuré. La réaction boudeuse est banale et acquiert alors ses qualités propres.

C'est que les principales forces en jeu sont les pulsions instinctives, le « Moi » et le « Surmoi », instance morale qui est l'héritage de l'éducation ambiante et parentale. La notion de bien et de mal est relative à l'éthique parentale qui, par introjection, devient autonome.

La transgression de la règle entraîne la culpabilité dont on sait combien toute réaction boudeuse est imprégnée.

Mais ce qui nous intéresse plus spécialement au sujet de l'opposition boudeuse, ce sont les fonctions économiques du « Moi ». Elles tendent toujours à rétablir une rupture d'équilibre. Il y a des « Moi forts » et des « Moi faibles », ces termes n'ayant pas une signification en soi, mais par rapport à un type de réaction.

Le « Moi fort » a tendance à extérioriser les pulsions, les émotions parce qu'il supporte de le faire, que le « Surmoi » le permet et qu'il peut être soutenu par une extraversion de base.

Le « Moi faible » reste plus passif extérieurement, plus timide, il choisit des conduites élusives, interiorise l'agressivité et rend les conflits insolubles ; il peut être aidé dans son type de réaction par une introversion de base et ce sujet, on le devine, c'est le boudeur. De plus, ce « Moi faible » progressant plus difficilement, sera souvent en retard sur son évolution ou, une régression intéressant rarement toute la personnalité, on constate le plus souvent qu'un aspect du psychisme reste « fixé » au lieu d'évoluer. S'il y a fixation, inévolution, c'est que le « Moi » n'a pu effectuer, pour une raison ou une autre, qui peut être économique ou mésologique, sa fonction de synthèse. Le facteur temps peut ici intervenir d'une façon tout aussi importante que les facteurs dynamiques, la durée tendant toujours à cristalliser un état, un type de réaction. Et ceci explique parfaitement ces bouderies tardives de l'adolescence et de l'âge mûr que nous avons rencontrées plus haut.

Enfin, si nous reprenons deux moments évolutifs, nous pourrions dégager deux qualités d'opposition boudeuse qui, même phénoménologiquement semblables, seraient très différentes et surtout très différemment réductibles.

La première serait labile. Elle aurait l'aspect de fraîcheur, d'un signe non chronique. Elle serait encore l'objet de préoccupations de la fonction de synthèse du « Moi ». Cette forme serait plus facilement réductible.

La seconde serait plus structurée. Elle serait le résultat d'un conflit intérieur inconscient et complexe. Ce qui frappe chez elle, c'est qu'elle n'est jamais tarie, la personnalité trouvant toujours un bon moyen de bouder. Ce serait une forme beaucoup plus difficilement réductible.

Enfin si l'opposition en général, et la bouderie en particulier, a pour base l'agressivité, pourquoi cette dernière ne s'exprime-t-elle pas directement ? Pourquoi avons-nous affaire à une forme de conduite plus discrète d'opposition ? Il semble bien que ce soit le « Surmoi ».

instance permissive ou défensive, qui vienne en dernier ressort interdire à certaines pulsions de s'exprimer trop directement, trop ouvertement. Et c'est par là que nous voudrions terminer.

## II. — PSYCHOGENÈSE DE LA BOUDERIE SCHIZOPHRÉNIQUE

Rappelons rapidement que le trouble essentiel de la schizophrénie est constitué par la perte de contact vital avec la réalité. Les troubles de l'idéation, de l'affectivité et des manifestations volitionnelles, dont BLEULER fait les symptômes élémentaires de la schizophrénie, et dont le caractère principal est la discordance, se laissent déduire aisément de la perte de contact vital avec la réalité.

Le côté déficitaire, négatif dirait H. EY, de l'affection étant ainsi précisé, il devient possible d'aborder le problème des manifestations d'ordre réactionnel, c'est-à-dire positives. Un trou étant creusé dans le psychisme, celui-ci mobilise ses moyens de défense pour le combler dans la mesure du possible. De quelle façon réalise-t-il cette compensation ? Avec MINKOWSKI [28], nous répondrons que souvent

« il est question de compensation, dans la psychopathologie de la schizophrénie, surtout dans le sens "sentimental" du mot : dans ses constructions délirantes ou hallucinatoires, ou encore dans sa rêverie morbide, le malade réalise ses désirs et ses espérances déçues, comme le fait souvent l'homme endormi dans le rêve ; le délire apparaît ainsi comme une compensation des heurts et des déceptions de la vie. Tout le contenu de l'autisme riche est bien souvent fait uniquement de compensations pareilles. Cette conception, en faisant de la compensation affective le facteur essentiel de la psychose, aboutit aisément à une psychogenèse des troubles mentaux, sans se soucier de la façon particulière dont se présentent les "complexes" dans le psychisme morbide ».

Cette conception de la compensation est cependant unilatérale. Elle restreint d'emblée, d'une façon excessive, le problème. Car, en dehors de la compensation affective, et même probablement bien plus souvent qu'elle, interviennent dans les affections mentales, et plus particulièrement dans la schizophrénie, des manifestations réactionnelles d'un ordre plus « mécanique » ou, comme nous préférons dire, puisque nous étudions ici des faits psychiques, d'ordre phénoménologique.

Quand un des facteurs essentiels de la vie psychique vient à manquer, ceux qui restent intacts tendent à se regrouper pour établir

dans la mesure du possible, une sorte de nouvel équilibre. Celui-ci, tout en présentant des caractères morbides, constitue néanmoins comme une planche de salut pour la personnalité défaillante. L'individu cherche à combler la lacune qui se forme en lui en se raccrochant à des phénomènes dont il dispose encore. Il essaye ainsi de sauvegarder son aspect humain.

La défaillance des facteurs dynamiques peut être accompagnée d'une hypertrophie des facteurs d'ordre rationnel et spatial. Telle est l'origine du rationalisme et du géométrisme morbide de certains schizophrènes. Mais ce n'est pas tout. Le schizophrène, en perdant pied, peut chercher à se raccrocher à d'autres phénomènes de la vie normale. Ceux parmi eux qui, par leur nature même, présentent des réactions de retrait par rapport à l'ambiance, tels que la rêverie, les regrets, l'interrogation ou encore la bouderie, paraissent tout particulièrement désignés pour ce rôle. Leur caractère cadre, on ne peut mieux, avec le trouble essentiel de la schizophrénie consistant en une perte de contact avec la réalité.

C'est ainsi, selon nous, que se constituent l'attitude interrogative, la rêverie, les regrets et la bouderie morbide de certains schizophrènes et même de certains schizoïdes. Loin d'être des mécanismes psychologiques pouvant mener en s'exagérant à la désagrégation schizophrénique, ils ne présentent que des tentatives de compensation pouvant atténuer cette désagrégation.

C'est ainsi que naît la notion d'attitudes schizophréniques.

Les manifestations d'ordre réactionnel n'arrivent cependant que rarement à compenser entièrement la lésion ou le déficit premier. Elles ne le font jamais, tant que l'affection dure et progresse. De plus, malgré leur tendance utile, elles peuvent, en s'hypertrophiant, devenir par elles-mêmes un danger pour l'individu. Tels sont le rôle et les dangers de la fièvre dans les maladies infectieuses. Il en est de même en psychopathologie. Les attitudes schizophréniques, tout en cherchant à sauvegarder l'aspect humain de la personnalité qui se désagrège, et tout en permettant d'établir un trait d'union entre son psychisme et le nôtre, procèdent, pour ainsi dire, du processus schizophrénique. Aussi se signalent-elles toutes, comme nous l'avons vu déjà plus haut à maintes reprises, par leur caractère abstrait et apragmatique, par leur stérilité, leur fixité et leur immobilité. Elles sont profondément morbides par elles-mêmes. Et même la rêverie, la plus synthétique des attitudes schizophréniques, finit à la longue par se désagréger, par s'appauvrir, par s'immobiliser. Ces attitudes n'arrivent jamais à remplacer ce qui manque et ce qui, au fond, n'est pas de leur ressort.

Les attitudes schizophréniques, vues de plus près, sont ainsi de véritables stéréotypies psychiques. Elles se comportent par rapport aux phénomènes psychiques correspondant exactement comme le font les stéréotypies de mouvements et d'attitudes par rapport aux mouvements intentionnels ou à l'attitude de repos et de délassement. Les unes et les autres sont dépourvues de vitalité. Ici comme là, il s'agit de combler un vide, mais l'individu ne peut le faire que de la façon dont le permettent les circonstances, c'est-à-dire en conférant aux mécanismes qu'il met en jeu un caractère anormal et pathologique. Les stéréotypies schizophréniques finissent par régler tout le comportement de l'individu à l'égard de l'ambiance, ainsi qu'à l'égard de la vie intérieure.

Certaines de ces attitudes viennent se fixer à des événements à lourde charge affective, comme elles le font d'ailleurs aussi bien par rapport à tout événement banal de la vie courante. Prenant pour modèle notre psychisme, nous sommes tout naturellement portés à ne tenir compte que des premiers et à voir en eux des manifestations importantes de la vie affective du malade. Nous faisons cependant de cette façon, dans certains cas tout au moins, fausse route. Nous renversons les faits en cherchant à trop « normaliser », si on peut s'exprimer ainsi, les manifestations d'une personnalité morbide.

La connaissance des attitudes schizophréniques peut, bien entendu, nous guider dans le choix des moyens devant servir à établir le contact affectif avec le malade, comme nous le verrons plus loin.

Les attitudes schizophréniques ne constituent aucunement un attribut indispensable de tout cas de schizophrénie. Elles font parfois entièrement défaut. Là où elles existent, elles peuvent également occuper une place plus ou moins importante dans le psychisme du malade. Parfois, elles s'effacent derrière d'autres symptômes ; parfois, elles ne sont que de nature passagère, elles caractérisent une phase de l'affection et disparaissent au cours de l'évolution ultérieure. Dans d'autres cas, cependant, les attitudes semblent contribuer à créer une sorte d'équilibre. Elles remplissent ici jusqu'au bout leur rôle de mécanismes de compensation. Telles sont les formes frustes de schizophrénie décrites par WIZEL.

Les attitudes schizophréniques, en conservant au sujet un certain aspect humain, lui confèrent une nuance de plasticité. Cette nuance fait défaut aux cas où aucune attitude ne vient atténuer le processus schizophrénique.

Parmi les attitudes schizophréniques, nous pouvons donc distinguer deux groupes différents. Les unes ont trait à des phénomènes de la vie normale de nature nettement affective, tels que la rêverie.

les regrets ou la bouderie. Il s'agit là de phénomènes idéo-affectifs embrassant l'idéique et l'affectif. Chacun d'eux comprend un thème idéique revêtu d'une teinte affective particulière.

Il n'en est plus de même si nous passons à l'attitude interrogative, au rationalisme morbide ou à l'attitude caractérisée par une hypertrophie pathologique des facteurs géométriques et statiques de notre pensée. La charpente de ces attitudes est constituée par des phénomènes d'ordre purement intellectuel. Elles marquent de ce fait une désagrégation plus profonde de la personnalité humaine.

Ainsi donc, pour nous résumer, nous dirons que :

1° La psychopathologie de la schizophrénie semble devoir comporter, en dehors de l'étude des symptômes essentiels, un chapitre sur les attitudes schizophréniques.

2° Ces attitudes ne se retrouvent pas dans tous les cas de schizophrénie ; elles permettent de distinguer les formes plastiques de cette affection des formes aplastiques.

3° Ces attitudes peuvent être séparées provisoirement en deux groupes : les attitudes idéo-affectives dont fait partie la bouderie et les attitudes purement intellectuelles.

4° La connaissance de ces attitudes nous permet de mieux comprendre certains schizophrènes. Elle peut nous guider dans la recherche des moyens appropriés pour établir plus facilement le contact avec ces malades.

5° Toutes ces attitudes, subordonnées à la notion première de schizophrénie, constituent de véritables stéréotypies psychiques, comparables aux stéréotypies de mouvements et d'attitudes.

6° Ces attitudes doivent être considérées comme des réactions de défense de nature phénoménologique (et non pas uniquement de nature affective) contre la désagrégation schizophrénique [28].

### III. — BOUDERIE ET TEST DE RORSCHACH

Nous n'avons pas voulu rechercher par ce test un signe propre à la réaction boudeuse. Mais lorsque nous l'avons appliqué à des boudeurs, il nous a été donné de vérifier que le protocole du test révélait presque constamment une structure oppositionnelle.

Précisons que nous avons fait cet examen exclusivement chez de jeunes sujets où il était question de réaction boudeuse, sans que l'on suspecte cliniquement un état pré-psychotique ou psychotique *a fortiori*, ou chez des adultes présentant une bouderie morbide isolée sans autres gros troubles psychiques.

Comme l'a bien mis en évidence DUBLINEAU, nous avons vérifié que toute pauvreté perceptive, en révélant la coupure entre le sujet et le monde extérieur fait suspecter, sous l'inertie apparente, des virtualités oppositionnelles. Les Rorschach pauvres sont souvent des Rorschach d'opposants.

De même pour une épreuve plus riche mais où manquent les interprétations kinesthésiques ou chroniques.

« Dès que l'épreuve s'enrichit, elle tend à se structurer. Le problème devient plus complexe. Il y a d'abord à apprécier cette structure, la nature et le degré des tensions et des détente orientant sur la nature de la structure : motrice émotionnelle ou mixte. Il y a eu suite à apprécier le mode de succession soit, en bref, le degré de régularité du rythme. La présence de kinesthésies explosives ou de statesthésies oriente sur des modes pulsionnels, donc élémentaires, qui orientent à leur tour sur des virtualités oppositionnelles. Dans cette interprétation, il faut noter l'importance d'une notation des " temps ". L'analyse du temps (par planche, temps de latence, temps résiduel après la dernière réponse) peut permettre une véritable dynamologie des refus. »

C'est sur ce fond que sont à apprécier d'une part les détails blancs classiquement rapportés à l'opposition, d'autre part les inversions des planches, moins connues, mais dont la fréquence relative dans un protocole constitue une indication sérieuse.

Quant au refus de planche, il reste d'interprétation difficile. Il est plus généralement considéré comme symptomatique d'un choc et signe de névrose ou de psychopathie. On l'explique aussi parfois comme un complexe d'intelligence. Nous pensons toutefois que le refus peut également traduire une attitude d'opposition directe lorsqu'il s'agit, par exemple, du refus d'exécuter une tâche proposée, donc attitude trop ouvertement exposée pour être le calque d'une opposition boudeuse. Cependant, on devra se défier du refus aux planches VI ou VII, à moins qu'on ne veuille voir là qu'une forme d'auto-opposition à une symbolique sexuelle.

Nous nous sommes demandés si la présence ou l'absence de Dbl ou de refus de planches permettait de distinguer des types différents de réactions d'opposition, en particulier de suspecter la réaction boudeuse. Il semble que Dbl et refus de planches associés, surtout s'il y en a plusieurs, se rencontrent le plus souvent chez les débiles et chez les enfants intelligents au cours de réactions d'opposition ouvertes, sthéniques, directes, donc réactions primaires pour lesquelles le diagnostic clinique est évident et exclut la réaction boudeuse.

Par contre, leur absence paraît plutôt caractéristique des protocoles des sujets dont les réactions d'opposition sont plus élaborées et surtout moins directes, beaucoup plus réactionnelles au milieu, aux conditions de vie, que pulsionnelles. Et c'est le fait de la plupart des sujets qui présentent des épisodes de bouderie réactionnelle. Il nous a semblé enfin que l'ensemble des protocoles de ces sujets révèle le plus souvent une structure névrotique classique.

Peut-on utiliser ces éléments pour porter un pronostic ? En dehors des débiles, pour lesquels la réaction boudeuse est de peu d'intérêt, il semble que les sujets dont le protocole ne contient pas de Dbl devraient être plus accessibles à un traitement de caractère psychothérapique que chez les autres où on est tenté d'incriminer un terrain caractériel difficilement modifiable.

Mais tout ceci est délicat et fragile. On devra toujours se souvenir que le contexte clinique est la seule base vraiment solide. On retrouve, en effet, dans le Rorschach, comme dans certaines formes cliniques d'inertie, la difficulté à différencier les conduites d'inhibition des conduites d'opposition, quand l'opposition n'est pas, par elle-même, la résultante d'une certaine inhibition, comme l'est la bouderie en particulier.

---

## CHAPITRE II

### PHENOMENOLOGIE

---

*« La bouderie, c'est l'exhibitionnisme  
de l'impuissance. »*

Loin de nous la prétention de bâtir « notre » phénoménologie à l'occasion de cette étude de la bouderie.

De même, ce n'est pas seulement pour obéir à un courant contemporain de recherche psychiatrique, donc pour rajeunir cette étude, que nous abordons ce versant de notre travail, mais bien plutôt pour la raison que ce que nous avons écrit jusqu'à présent est là en partie pour préparer ce chapitre (\*).

Car en fait, si c'est du désir d'un approfondissement clinique de certains états psychopathologiques qu'est né ce travail sur la bouderie, cet approfondissement dans le sens phénoménologique nous a amené à revoir dans son ensemble cette forme originale de relation au monde.

C'est une forme originale dans la mesure où nous nous sommes butés très vite à l'impossibilité de la réduire à quelque chose d'autre ; boudier, c'est exprimer une façon d'être comme rire ou pleurer.

Nous sommes sensibles immédiatement au sens qu'exprime la bouderie, à sa « stimmung » particulière, c'est pourquoi, l'impression clinique du boudeur est si fortement imprégnée de « normalité » ; et, s'il nous apparaît morbide, ce n'est pas par la forme même de l'expression corporelle ou du sentiment intime qu'il ressent, mais par l'absence des motifs — comme le rire est immotivé — ou par le délire qu'il exprime.

---

(\*) Chapitre né d'une collaboration étroite avec le Docteur MILLON, qui l'a écrit en fait et que nous tenons à remercier ici plus particulièrement [41].

C'est une réaction compréhensible dans sa nature — humaine —, et non bizarre : elle peut nous apparaître inopportune, inadéquate, mais elle fait partie des réactions possibles.

Pourtant, ce phénomène, d'apparence si banale, introduit dans notre approche du malade une note désagréable d'inauthenticité morbide.

Pierre boude Paul, il suspend les liens, mais sans les rompre. Le refus est ostentatoire et comme imposé, la discorde n'est pas liquidable, elle est bloquée, comme paralysée par l'attitude muette et neutralisée.

Pierre est mécontent, chagrin, mais il se refuse à la défense comme à la révolte ; simplement il s'alourdit, pourrait-on dire, afin d'étirer au maximum le lien qui l'unit à l'autre, affirmant par là sa réalité solide tout en escomptant la force « élastique » (LE MEN) de ce lien pour entraîner l'autre dans ce mouvement dépressif.

Car la bouderie réclame une attitude, une réponse de l'autre, l'adulte y est particulièrement sensible, parfois à l'extrême... La bouderie « sérieuse » est un mouvement de retrait, une défense contre le conflit né chez le sujet qui se voit refusé quelque chose par l'autre ; la frustration intolérable entraîne une prise de distance, pour ainsi dire imaginaire, entr'acte forcé qui cherche à imposer la reprise d'une séquence.

Le jeune enfant, pour être certain de l'effet recherché, en rajoute ; il s'impose et mime sa mort ; vous pouvez venir, me toucher, me tenir, je ne suis pas là mais je vous laisse mon corps : jeu de la transformation en victime.

Le boudeur a la peau sensible au sein d'une *relation de dépendance* qu'il nous faut maintenant analyser rapidement.

L'attitude boudeuse est une tentative de séparation du sujet d'avec l'objet, ressenti comme mauvais à partir du moment où il trahit la bonne relation de base. Cependant le retrait n'aboutit pas à la séparation car l'intention du sujet n'est pas de rompre — il ne le peut pas — mais de *bouleverser* la relation de dépendance.

Selon le niveau objectal, il est possible de décrire deux formes de bouderie :

- au niveau oral-masochiste, le boudeur refuse d'être incorporé et il se met en quelque sorte « en travers » de la relation, il se fait « indigeste », il « empoisonne » à la fois pour punir et se préserver ;
- au niveau sadico-anal, le sens de la bouderie est de *ternir* la relation de dépendance, de la salir. Je me refuse d'être propre tel que tu le désires et que tu me l'imposes...

Mais si dans la colère, le mouvement violent d'hostilité a le sens d'une intention destructrice totale, si dans le mépris, autre forme d'hostilité, la mimique, le masque portent la signification d'une exclusion complète, la bouderie, elle, est prise et comme bloquée par l'ambivalence même de son mouvement ; la dépendance du sujet et de l'objet est trop forte pour qu'elle puisse se rompre et le sens fréquent de la bouderie, chez l'enfant, c'est de refuser seulement le caractère *abusif*, dominateur, du lien de dépendance.

La passivité de l'attitude du boudeur est à la mesure de son impuissance vécue ; c'est l'*exhibitionnisme* de l'impuissance.

Ces quelques remarques nous permettent maintenant d'envisager brièvement, sous l'aspect idéo-affectif de la réaction boudeuse, la transformation basale de la relation au monde qu'elle objective ; c'est envisager la forme de l'existence originale qui la rend possible.

L'aspect idéo-affectif comporte :

- une composante corporelle : le masque immobile, le négativisme, le blocage moteur ;
- une composante affective : l'humeur morose, les sentiments de mécontentement, de ressentiment ;
- une composante instinctuelle : l'hostilité et le refus de la participation au lien de dépendance imposée : refus de « nourrisage » ou de propreté ;
- une composante idéique : le blocage de la relation introduisant le partenaire dans un dialogue intérieur où se développent les thèmes de rumination agressive ou dépressive.

Le monde de la bouderie est donc un monde clos, activement structuré qui pourtant ne veut pas rompre le contact avec l'ambiance, tout au moins dans la bouderie normale. La scène se déroule dans l'espace du partenaire mais cet espace n'est plus vécu dans l'actuel ; au moment où la bouderie se déclenche, il y a transformation imaginaire de l'espace, négation d'appartenance au cadre spatial et temporel du partenaire ; je ne suis plus là... c'est une fuite imaginaire, une fugue imaginaire mais dont l'essence même comporte de se dérouler en présence de l'agresseur ainsi mis dans l'impossibilité d'imposer ses volontés et dans l'obligation de parler à un mur ; la contre-agressivité du boudeur, c'est sa transformation ici et maintenant en obstacle ; il obstrue l'espace. Durant cette « fugue », le boudeur rumine la trahison de l'objet aimé, il est solitaire au milieu du monde, il dialogue dans la solitude.

Il nous semble donc permis de voir dans la bouderie un type de conduite originale sous-tendu par un lien de dépendance mal accepté

en raison de son agressivité même (mère abusive ou groupe communautaire rigide) ou en rapport avec des tendances sensibles de la personnalité.

Quand elle jalonne certaines époques de l'existence de l'enfant, elle a le sens d'une véritable *crise d'originalité infantile* et elle tire ses caractères propres des niveaux évolutifs correspondants. Elle signe le désaccord vécu entre l'instance autoritaire imposant le principe de réalité et l'enfant attaché à ses plaisirs ; mais le mode spécifique de cette forme d'hostilité, c'est de ne pouvoir développer dans la réalité les germes de révolte qu'elle contient.

Plus tard, l'adolescent s'insurge également contre le lien de dépendance qui le paralyse, mais il peut supporter les risques d'une rupture des relations parentales, sa fugue et sa révolte le conduisent loin, hors de l'espace oppresseur... L'enfant ne peut conquérir cette liberté, trop dangereuse pour lui, et il dispose seulement de ce mode de défense spécifique contre les frustrations qu'est la fugue imaginaire, dans une immobilité neutralisée dans ce refus d'être là, dans sa présence-absence, il boude...

---

### CHAPITRE III

## LES RÉACTIONS SPONTANÉES DU MILIEU AMBIANT ET LES ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES

---

Dans ce dernier chapitre, nous passerons en revue successivement les réactions et inter-réactions spontanées, plus ou moins adaptées, de l'entourage à l'attitude boudeuse, puis les réactions adaptées, quoique spontanées, et enfin les attitudes de visée thérapeutique, plus proprement médicales.

Et d'abord, dans quelle mesure l'expression boudeuse s'articule-t-elle sur le plan social ?

C'est en fait un problème de dynamique de groupe, entendu en terme de tropismes ou de répulsions dans les inter-réactions des individus. La bouderie entre dans les nombreuses virtualités du plus vaste concept des structurations oppositionnelles de milieu. L'opposition appelle souvent l'opposition et il est bien évident que ce sont les typologies respectives des partenaires qui constituent le substrat biologique des relations d'un tel milieu.

Mais il n'est pas possible d'envisager ici l'infinie diversité des faits que l'étude de la constellation familiale — lieu d'élection de la réaction boudeuse — permettrait de mettre en évidence. Pour ne prendre qu'un exemple, il est banal de rappeler combien les conduites parentales peuvent se discuter dans ce qu'elles ont de virtualités oppositionnelles quand des « gauchetés » ou des « rétractions » s'observent dans l'une ou l'autre lignée.

Avec ces faits, bien mis en évidence par DUBLINEAU, rappelons aussi les moments évolutifs qui intéressent non seulement l'enfant mais son entourage : frères, sœurs, parents. Au cours de ces moments, une situation de rétraction se constitue du fait de l'évolution : nous

pensons, en particulier, aux débuts de l'âge critique chez les parents. débuts qui coïncident avec l'âge de l'adolescence d'un ou plusieurs enfants et ramènent les parents, en même temps que leurs enfants, à des situations de « tout ou rien » affectif, aux pulsions irraisonnées, aux attitudes d'opposition sourde, génératrices à leur tour de nouvelle opposition. Ajoutons enfin le rôle dysrythmisant de facteurs surajoutés tels que dissociation familiale, alcool, maladies chroniques ou de longue durée, etc.

La réaction d'opposition s'oppose à la réaction d'imitation qui se trouve à la base de toute éducation. La bouderie, comportement oppositionnel, est de ce fait contingente au mode éducationnel.

À l'heure actuelle, les méthodes éducatives oscillent entre deux pôles : celui d'un régime autoritaire basé sur l'autoritarisme paternel et celui d'un libéralisme basé, depuis l'*Emile* de Rousseau, sur une notion essentiellement personnaliste et individualiste de l'éducation. Il est évident que le mode d'opposition va varier suivant que domine l'un ou l'autre précepte.

Avec les méthodes éducatives autoritaires, le père peut être abusivement rigide et incompréhensif. Et, suivant son potentiel affectif, l'enfant s'opposera en se révoltant ouvertement ou bien, par pusillanimité, s'inhibera, et nous savons que le boudeur est de ceux-là.

« En ta présence, écrit Kafka dans la lettre au père, je me mettais à bégayer, mon élocution se troublait, cela même était encore de trop à tes yeux ; finalement je me taisais d'abord par défi peut-être, puis parce que ta présence me rendait incapable de penser comme de parler. Et parce que tu avais été mon véritable éducateur, je devais m'en ressentir en tous domaines au cours de la vie ... Devant toi, j'avais perdu la confiance en moi-même et assumé, en retour, un sentiment de culpabilité sans bornes. »

Au contraire, avec l'éducation libérale, libéralisme érigé en dogme (système Montessori par exemple), ou dû à l'incapacité éducative des parents, l'enfant a tendance à ne plus s'identifier à un père faible qu'il ne considère pas comme un rival, et le sur-moi paternel a tendance à s'estomper et à s'identifier avec un sur-moi social. Ce n'est plus un père qu'il va boudier mais la société devant laquelle l'adolescent s'angoisse ; et le salut à la « tristesse » n'est que la traduction de ce mouvement de repli devant « le monstre dévorant et anonyme ».

Chez l'enfant, la réaction boudeuse est une forme d'opposition admise, dont la « renommée » n'est pas trop mauvaise ; chez l'adulte, par contre, elle dicte le mépris, elle déprécie et atteint le sujet dans

sa virilité. MARMONTEL, pour garder à ses amis toutes leurs qualités d'homme, disait :

« Nous ne permettons point la bouderie, nous ne voulons jamais que nos amis restent brouillés plus d'un quart d'heure. »

C'est de toute façon la réaction la plus culpabilisante pour l'entourage. En effet, si peu qu'il se sente coupable dans le conflit originel (et il y a de la faute de chacun dans tout conflit), cet entourage subit, dans l'ambiance du boudeur, la résonance de ses sentiments de culpabilité. Bien plus, ce qui résonne ainsi dans l'entourage, ce n'est pas le regret de telle ou telle action précise dirigée contre le boudeur (un mouvement d'impatience, un abus d'autorité, une injustice, une méchanceté), mais la cohorte diffuse et obscure de toutes les culpabilités refoulées vibrant à l'unisson. Peu de sujets ont la conscience assez pure pour supporter sans malaise la présence prolongée du reproche incarné ; peu sont assez sûrs de l'absolue rectitude de leur conduite pour ne pas répondre à cette accusation silencieuse. C'est pourquoi la bouderie est ce moyen de pression efficace sur l'entourage qui réussit à faire céder pour « avoir la paix », dit-on, mais, en fait, parce que le groupe n'est plus assez sûr de son innocence pour supporter ce climat d'accusation.

Tout milieu familial adapté est spontanément pourvu de qualités éducatives ; « d'instinct » il sait que le meilleur moyen de combattre la bouderie chez l'enfant n'est pas de le battre pour l'obliger à changer d'attitude. Par violence, on réussit seulement à rendre plus chronique et plus indéracinable l'esprit de revendication, tout en s'exposant à le retrouver difficilement curable et enrichi un peu plus tard.

Il convient d'expliquer à l'enfant qu'on connaît ses griefs et, qu'en toute justice, on maintient son point de vue (encore faut-il être sûr d'être parfaitement équitable). Cette explication supprimera l'envie qu'a l'enfant de susciter des remords. Ensuite, elle servira à dépouiller ses revendications de leur caractère mystérieux et romanesque.

Enfin, on l'amènera à renoncer à ce moyen puéril en lui offrant des possibilités plus valables de faire entendre ses revendications, en acceptant de discuter avec lui les interdictions qu'on aura cru bon de lui formuler ou les mesures qu'on aura dû prendre. On gagnera plus en autorité véritable s'il faut parfois reconnaître qu'on s'est trompé.

À la période pré-pubérale, et parfois bien avant, on ne refusera jamais les explications nécessaires aux problèmes de la sexualité, en

essayant toutefois d'être clair mais toujours adapté aux possibilités de compréhension du sujet.

Tous ces moyens ne se montrent efficaces que dans une ambiance de calme, de régime libéral, d'explications franches, d'autorité motivée... et d'amour.

« Il s'est apprivoisé pas à pas, jour à jour,  
Il boude à mon départ, il saute à mon retour. »

(LAMARTINE, *Jocelyn*.)

Tout ceci est affaire de bon sens. Pourtant, nous pouvons être consultés soit par des parents vite anxieux (qui ont la phobie de la maladie mentale), soit parce que le comportement boudeur s'aggrave ou s'accompagne de symptômes morbides inquiétants.

Si nous ne pouvons rien, ou presque rien, contre les tendances héréditaires, notre connaissance des causes familiales d'opposition nous permet de donner des conseils et de redresser des attitudes parentales, ou tout au moins d'arrondir certains angles. En dehors des questions de moralité générale, c'est tout les questions de mœurs, celles des tendances d'une certaine jeunesse actuelle qu'il faudrait encore soulever ici. Car les angoisses et les habitudes de la vie moderne multiplient les causes d'insécurité et d'instabilité.

Mais œuvre plus médicale est le traitement des facteurs profonds en cause, caractériels ou somato-psychiques.

Nous ne pouvons négliger en effet l'hyperémotivité et ce qui la sous-tend et pour la traiter nous avons une large gamme de médicaments. Sans mentionner ici les traitements de tous ordres susceptibles de rétablir un état général fléchissant, sans discuter l'indication, dans certains cas, des médications endocriniennes, freinatrices, sédatives, sans reprendre la discussion de la thérapeutique de certains états psycho-somatiques, que pouvons-nous attendre actuellement des nouvelles médications « tranquillisantes » ? Certes, la plus grande circonspection est de rigueur, mais il nous semble, en toute objectivité, qu'il est des cas où ces médications nous ont permis, non pas une guérison, mais un gain de temps, temps nécessaire au passage d'une période critique, à l'installation d'une technique d'action ou d'un démarrage psychothérapique.

En effet, il n'en reste pas moins que le véritable traitement est d'ordre psychothérapique.

Dans les cas simples, et notamment dans les bouderies purement réactionnelles, la résolution du conflit peut aller jusqu'à l'élimination d'un des antagonistes ou, plus facilement, jusqu'à la suppression de

la cause (éloignement du sujet de l'insatisfaction). Ce peut être la seule et la meilleure façon d'en finir avec une situation pénible. Encore convient-il de pouvoir convaincre les parents qui font de l'opposition une question de prestige.

« Bien des parents ne se soucient nullement, écrit SOMMER, que leur enfant mente, ils en font autant, vagabonde, paresse et même vole, mais ils sont scandalisés si celui-ci est insubordonné et se rebelle. Le jeune sent bien alors qu'on le punit uniquement par despotisme et par besoin de domination, il est bien naturel qu'il prenne alors une mentalité d'opprimé. On sait combien souvent les parents amènent leurs enfants au psychologue ou au médecin pour qu'ils les "matent" — car ils n'y sont pas arrivés eux-mêmes. Ils sont tout étonnés, quand ils remarquent que nous ne brusquons pas l'enfant, et sont bien tentés de nous reprocher de lui donner raison, même si nous ne le faisons pas. Il est aussi bien difficile parfois de faire comprendre que ce n'est pas forcément en "serrant la vis", comme ils le demandent, mais en la desserrant, que cela pourrait peut-être mieux aller. »

Il nous faut cependant sauver la face des parents et éviter de ruiner leur autorité. Car, à un certain point de vue, le problème posé par la bouderie, comme toute réaction d'opposition, a pour contrepartie le problème de l'autorité des parents ou des maîtres, des qualités qu'il faut pour l'exercer, de ses limites, de ses moyens.

Dans les cas plus graves, où la réaction boudeuse s'éternise, devient agressive, où des réactions psychosomatiques l'accompagnent, un petit isolement peut devenir nécessaire. Il permettra beaucoup mieux « l'accrochage ».

Cet « accrochage » étant supposé acquis, on en viendra à la psychothérapie vraie qui peut être individuelle ou de groupe. Qu'elle soit à base freudienne ou adlérienne, elle donne des résultats indiscutables, à condition qu'elle s'adresse à des sujets ou à des cas encore jeunes, à des oppositions non encore structurées et réversibles — à condition qu'elle puisse s'accompagner de mesures, inspirées par elles, susceptibles d'aider l'enfant ou l'adolescent à se comprendre, à réaliser certaines de ses aspirations, de détourner son attention de situations d'opposition, de l'orienter vers des activités qui le révèlent à lui-même. Il faut exploiter ses dons, ses aspirations dans le sens d'une sublimation, lui faire dépasser ses conflits, dissiper son angoisse, bref le faire évoluer et non pas transformer sa bouderie en une autre forme d'opposition.

Est-il besoin, enfin, de rappeler, car c'est l'évidence, qu'une psychothérapie efficace doit se faire autant, sinon plus sur les parents,

ou les éducateurs — que sur l'enfant ou l'adolescent. Et c'est une des difficultés principales du problème...

Tout ce que nous venons de dire n'est naturellement valable que pour la bouderie réactionnelle du jeune. Dans le comportement boudeur, morbide et isolé, le traitement se confondrait avec celui du trouble caractériel ou névrotique sous-jacent, et de ce fait il est rarement tenté. Sa structuration, sa maturité grèveraient lourdement le pronostic.

Bien entendu, le traitement de la bouderie dans un état d'arriération est celui des troubles de l'humeur chez ces malades, et l'on sait combien il est décevant.

Reste à envisager les attitudes thérapeutiques devant la bouderie qui prépare ou évolue avec un état psychopathologique caractérisé. Il est évident qu'elles se confondent là aussi avec celles du trouble fondamental : grands traitements médicaux des schizoses, mesures de sûreté parfois en présence de certains paranoïaques, etc. Ces cas restent les plus défavorables par leur gravité, la prédominance des facteurs franchement morbides, psychotiques et processuels, sur les facteurs occasionnels ou affectifs.

Pour terminer ce rapide aperçu thérapeutique, nous signalerons enfin que la bouderie peut être une difficulté de plus à l'établissement du contact entre médecin et schizophrène lors des tentatives de traitement psychothérapique de ces malades, difficulté parfaitement décrite par SECHEHAYE [35].

Ainsi, dans ces cas privilégiés, heurter puis vaincre un symptôme donne la clef du fond processuel, permet l'amélioration et, par contre-coup, la disparition d'un symptôme qui avait créé le premières, et peut-être salutaires, difficultés.

---

# CONCLUSIONS

*« Mais par de là les divergences quelque chose de très fort les unissait tous : l'amour du malade mental et le désir de son bien. Puisseons-nous, tous ensemble, promouvoir efficacement ce bien ! »*

(Editorial du numéro de « Présences » consacré au Malade mental, 1956.)

Au terme — comme d'ailleurs dès le début — de ce travail, nous avons conscience d'avoir œuvré comme on le faisait en 1920, et la plupart de nos références sont là pour nous le rappeler. Nous ne prétendons pas avoir apporté des bouleversements, il est difficile de le faire dans ce genre d'étude psychoclinique et psychopathologique. Nous aurons peut-être rajeuni certains chapitres. Mais au total, nous avons surtout voulu refaire le tour du problème, le plus classiquement possible, afin de donner une base solide à l'abord phénoménologique. C'est dans ce sens que notre travail s'actualise et que nos conclusions peuvent devenir des références à de telles investigations.

I. — La bouderie, comportement original, est une rupture de la sympathie sur le mode *partiel*. C'est un comportement oppositionnel que l'on retrouve chez l'animal et chez le très jeune enfant dès la fin de la première année.

II. — La bouderie est *une* dans son mode expressionnel global.

Mais ses motivations, son aspect évolutif, la personnalité sous-jacente amènent à la scinder en deux types distincts :

- la bouderie réactionnelle ;
- et la bouderie morbide.

III. — La bouderie réactionnelle est un type oppositionnel normal chez l'enfant pour lequel existent deux grands âges à son apparition : entre trois et quatre ans et à la période pré-pubérale. C'est un *comportement de transition* entre réaction d'opposition et réaction de compensation.

IV. — La bouderie morbide peut être un comportement pathologique isolé qui a ses caractères propres, qu'ils soient structuraux ou évolutifs, et soulève le problème de l'intégrité du fonds mental sous-jacent.

VI. — La bouderie morbide peut encore acquérir cette qualité du fait d'un processus psychopathologique évolutif et caractérisé. Chaque

fois c'est le tableau clinique global qui lui donne toute sa valeur symptomatique. Chez l'enfant, ce sera un terrain pré-psychotique ou pré-névrotique. Chez l'adolescent, le processus pourra prendre une allure beaucoup plus dissociative. De même, à cette époque, la constitution épileptoïde ou paranoïaque, ou le début d'évolution d'une psychose maniaco-dépressive, pourront donner leur coloration propre à l'épisode boudeur.

VII. — La bouderie est une manière d'être du schizophrène, qu'il soit agressif ou négativiste. Les états dits schizonévrotiques étant ceux qui permettent le plus l'apparition d'une telle réaction qui pose alors les problèmes de ses limites et de son appartenance à l'autisme.

VIII. — La psychopathologie de la schizophrénie comporte, à côté des symptômes essentiels, des types de comportement appelés attitudes schizophréniques. Ce sont de véritables stéréotypes psychiques auxquelles appartient le comportement boudeur.

IX. — La bouderie peut faire partie d'une symptomatologie accompagnant un processus organique. Dans les états d'arriération intellectuelle, elle peut prendre des caractères distinctifs.

X. — Le point de vue de Kurt LEWIN et surtout de la psychanalyse freudienne semblent apporter les données les plus fructueuses à une explication pathogénique.

XI. — L'étude du milieu ambiant, de ses réactions spontanées, conduit à envisager les attitudes thérapeutiques où l'accrochage psychothérapique est bien entendu prépondérant.

XII. — L'abord phénoménologique confirme l'originalité de ce type de conduite. Il met en évidence *l'aspect partiel* du rejet qui se fait au niveau *oral*. Il caractérise ce comportement en une image de tension d'un lien qui demeure et ne se rompt jamais.

Vu, le Doyen :  
BINET

Vu, le Président de Thèse :  
DELAY

Vu et Permis d'imprimer,  
le Recteur de l'Académie de Paris :  
SARRAILH

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. ACKERSON (Luton). — Children's behavior problems. A statistical study based upon 5.000 children examined consecutively at the Illinois Institute for Juvenile Research. (Chicago, The University of Chicago Press, 1942. T. I et T. I., chap.: Sullness and sulkiness.)
2. ALLENDY (René). — L'enfance méconnue. Solutions pédagogiques. (Genève-Annemasse, Editions du Mont-Blanc, 1946. Chap. xi: L'enfant boudeur.)
3. BOREL (A.). — Rêveurs et boudeurs morbides. (*Journal de Psychologie*, Paris, juin 1925.)
4. BOREL (A.) et ROBIN (G.). — Les rêveurs éveillés. (Paris, N.R.F. Gallimard, 1925.)
5. BOREL (A.) et ROBIN (G.). — Les rêveurs morbides. (*Ann. Méd. Psych.*, Paris, mars 1924.)
6. BRUNOTTE (Mme). — Les réactions d'opposition. Etude clinique et étiologique. (*Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, Paris, mars-avril 1958.)
7. BUGE (A.), MISES (R.), DOUTRIAUX (D.). — La réaction d'opposition dans les états d'insuffisance intellectuelle en milieu psychiatrique fermé. (*Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, Paris, mars-avril 1958.)
8. BUHLER (Mme Ch.). — Soziologische u. psychologische studien über das erste lebensjahr. (Jena, Fisher, 1927.)
9. CLAUDE (H.), BOREL (A.), ROBIN (G.):
  - a) Schizoidie, schizomanie et schizophrénie. (*L'Encéphale*, Paris, Doin, 1924, n° 3.)
  - b) CLAUDE (H.) et ROBIN (G.). — Indifférence et négativisme schizomaniaque. (*Ann. Méd. Psych.*, Paris, mai 1925.)
10. COURTOIS (G.). — L'art d'élever les enfants d'aujourd'hui. (Paris, Editions Fleurus, 1952. Chap. 29: L'enfant boudeur.)
11. DEBESSE. — La crise d'originalité juvénile. (Paris, Alcan édit.)
12. DIATKINE et STEIN. — Les psychoses de l'enfance. (Paris, Evol. Psych., juin 1958.)

13. DROMARD (G.). — Les mensonges de la vie intérieure. (Paris, Alcan édit., 1914.)  
Le droit à l'illusion. (*Revue Bleue*, Paris, janvier 1910.)
14. EY (H.). — Les délires chroniques. Schizophrénies. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie, tome 1, Paris, 1955.)
15. FREUD (Anna). — Le moi et ses mécanismes de défense. (Paris, Presses Universitaires de France, 1952.)
16. GILBERT-ROBIN. — Comment dépister les perturbations intellectuelles et psychiques des tout-petits. (*Guide pratique à l'usage des jardins d'enfants et des écoles maternelles*, Paris, Jacques Vautrain édit. Page 101 : mutisme, opposition, négativisme, bouderie.)  
La guérison des défauts et des vices chez les enfants. (*Guide pratique à l'usage des parents, des pédagogues et des éducateurs*, Paris, Domat-Montchrestien édit., 1948. Chap. 37 : L'enfant entêté, l'enfant boudeur.)
17. GOODENOUGH (Florence). — Anger in young children. (Minneapolis, The University of Minnesota Press, 1931. Pages 208 et 218 : Sulkiness.)
18. GUIBERT (M.). — L'humour chez les paranoïaques. (*Entretiens Psychiatriques*, Paris, P.U.F., 1954.)
19. HÉDIGER (H.). — Psychologie des animaux au zoo et au cirque. (Paris, Julliard édit., 1955.)
20. HESNARD (A.). — Psychanalyse du lien inter-humain. (Paris, P.U.F., 1957.)
21. HURLOCH (Elisabeth). — Developmental psychology. (New York, McGraw-Hill book compagny, 1953. Pages 107 et 219 : Sulkiness.)
22. LAURENT (L.). — Réactions d'opposition et psychanalyse. (*Revue de Neuro-psychiatrie infantile*, Paris, mars-avril 1958.)
23. LEBOVICI (S.). — Contribution nosologique et psychopathologique à l'étude de la schizophrénie infantile. (*Evol. Psych.*, Paris, juillet-septembre 1949.)
24. Leçons de psychologie de l'enfant. par le Docteur MATHIS, André FÉYERIX, GALLAVARDIN, etc. (Paris, P.U.F., 1952. P. 307 : Les caractères à prédominance du moi : boudeur, jaloux.)
25. LE GALL (A.). — Caractérologie des enfants et des adolescents à l'usage des parents et des éducateurs. (Paris, P.U.F., 1950. P. 143 : Le boudeur.)
26. LE SENNE (R.). — Traité de caractérologie. (Paris, P.U.F., 1952. P. 212 : le boudeur grognon, etc.)
27. MIGNOT (H.) et LEMPERIERRE (Th.). — Les épisodes psychopathiques aigus des épileptiques. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Psychiatrie, T. I.)
28. MINKOWSKI (E.). — La schizophrénie. (Paris, Desclée de Brower édit., 1953.)

29. MOUNIER (E.). — Traité du caractère. (Paris, Editions du Seuil, 1947. Pages 363-383 : Le refus du réel. Pages 371-410-496 : La bouderie.)
  30. NACHT (S.). — La psychanalyse d'aujourd'hui. (Paris, P.U.F., 1956.)
  31. NATHAN (M.). — Troubles juvéniles de l'affectivité et du caractère. (Paris, Flammarion, 1930.)
  32. PIAGET. — La construction du réel chez l'enfant. (Genève, Delachaux et Niestlé.)
  33. POROT (A.). — Manuel alphabétique de psychiatrie. (Paris, P.U.F., 1952.)
  34. SCHELER (M.). — Nature et forme de la sympathie. (Paris, Payot édit.)
  35. SECHEHAYE (M.A.). — Introduction à une psychothérapie des schizophrènes. (Paris, P.U.F., 1954. Page 48 : Difficultés de la prise de contact.)
  36. SÉGERS (J.E.). — La psychologie de l'enfant normal et anormal, d'après le Docteur O. DECROLY. (Genève, Delachaux et Nieslé, 1948. Page 202 : Bouderie.)
  37. TOULEMONDE (J.). — Les inquiets. Caractérologie et thérapeutique. Les enfants nerveux, les impatients, etc. (Paris, Payot édit., 1953. Chap. xi : La rumination mentale, la bouderie.)
  38. VERDUN (M.). — Le caractère et ses corrélations. (Paris, J.-B. Baillière édit., 1951. Page 108 : La susceptibilité boudeuse.)
  39. WALLON (H.) :
    - a) Origine du caractère chez l'enfant. (Paris, P.U.F., 1954.)
    - b) L'évolution psychologique de l'enfant. (Paris, A. Colin édit.)
  40. WESTPHAL (F.). — Notions de schizoïdie et de schizomanie. (Thèse, Paris, 1928.)
  41. MILLON (R.) et BILLAUD (R.). — Notes phénoménologiques sur la bouderie. (Congrès des Neurologistes et Psychiatres de France et des Pays de Langue Française, Tours, juin 1959.)
-

# TABLE DES MATIÈRES

---

|                        |    |
|------------------------|----|
| INTRODUCTION . . . . . | 15 |
|------------------------|----|

## *Première partie*

### LA BOUDERIE : ASPECTS REACTIONNELS

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Chapitre I. — ASPECTS GÉNÉRAUX DE LA RÉACTION BOUDEUSE . . . . .                                | 21 |
| I. <i>Portrait psychologique global</i> . . . . .                                               | 21 |
| II. <i>Déterminisme du comportement boudeur</i> . . . . .                                       | 24 |
| Chapitre II. — ASPECTS PARTICULIERS DE LA RÉACTION BOUDEUSE SUIVANT<br>L'ÂGE DU SUJET . . . . . | 29 |
| I. <i>Première enfance</i> . . . . .                                                            | 29 |
| II. <i>Puberté et adolescence</i> . . . . .                                                     | 32 |
| III. <i>Age adulte</i> . . . . .                                                                | 34 |
| IV. <i>La sénescence</i> . . . . .                                                              | 37 |

## *Deuxième partie*

### LA BOUDERIE : ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Chapitre I. — LA BOUDERIE COMME TYPE DE COMPORTEMENT MORBIDE ET ISOLÉ                                         | 43 |
| Chapitre II. — LA BOUDERIE A L'ENTRÉE ET AU COURS D'ÉTATS PSYCHOPATHO-<br>LOGIQUES ÉVOLUTIFS . . . . .        | 46 |
| I. <i>Première enfance</i> . . . . .                                                                          | 48 |
| II. <i>Seconde enfance</i> . . . . .                                                                          | 50 |
| III. <i>Puberté</i> . . . . .                                                                                 | 53 |
| IV. <i>Adolescence</i> . . . . .                                                                              | 54 |
| V. <i>Age adulte</i> . . . . .                                                                                | 55 |
| VI. <i>Pré-sénilité et sénilité</i> . . . . .                                                                 | 75 |
| Chapitre III. — BOUDERIE ET ÉTATS D'ARRIÉRATION INTELLECTUELLE. BOUDERIE<br>ET PROCESSUS ORGANIQUES . . . . . | 78 |
| I. <i>Bouderie et états d'arriération intellectuelle</i> . . . . .                                            | 78 |
| II. <i>Bouderie symptomatique de processus organiques</i> . . . . .                                           | 82 |

*Troisième partie*

LA BOUDERIE  
PATHOGENIE, PHENOMENOLOGIE ET THERAPEUTIQUE

|                                                                                                    |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Chapitre I. — PERSPECTIVES PATHOGÉNIQUES .. .. .                                                   | 85  |
| I. <i>Perspectives pathogéniques de la bouderie réactionnelle</i> .. ..                            | 86  |
| II. <i>Psychogenèse de la bouderie schizophrénique</i> .. .. .                                     | 93  |
| III. <i>Bouderie et test de Rorschach</i> .. .. .                                                  | 96  |
| Chapitre II. — PHÉNOMÉNOLOGIE .. .. .                                                              | 99  |
| Chapitre III. — LES RÉACTIONS SPONTANÉES DU MILIEU AMBIANT ET LES ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES .. .. . | 103 |
| CONCLUSIONS .. .. .                                                                                | 109 |
| BIBLIOGRAPHIE .. .. .                                                                              | 113 |



